

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Février 1896, à 1 heure

PAR

Charles BRECHOTEAU

Né à Champ-Saint-Père (Vendée), le 7 novembre 1870.

DU

PHLEGMON PÉRI-OMBILICAL

ET DES

FISTULES GASTRO-CUTANÉES

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. LE DENTU, professeur.
MARIE, ALBARRAN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

140

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Février 1896, à 1 heure

PAR

Charles BRECHOTEAU

Né à Champ-Saint-Père (Vendée), le 7 novembre 1870.

DU

PHLEGMON PÉRI-OMBILICAL

ET DES

FISTULES GASTRO-CUTANÉES

DANS LE

CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.
MARIE, ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHER.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....}	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BECKER.
Clinique chirurgicale.....}	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....}	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

▲ MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES

Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Médecine
de Nantes

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
des Hôpitaux de Nantes

A MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

INTRODUCTION

Des nombreuses complications qui peuvent survenir durant l'évolution du cancer de l'estomac, les unes sont tellement fréquentes que, lorsqu'on les voit apparaître, elles permettent d'affirmer un diagnostic qui jusque là pouvait être hésitant ; mais il en est d'autres, au contraire, qui vu leur extrême rareté, exposent le clinicien à méconnaître leur véritable origine. De plus, souvent ces complications abrègent l'évolution naturelle, déjà si rapide du carcinome gastrique, et hâtent le dénouement fatal.

Au nombre de ces dernières se range la complication que nous nous proposons d'étudier dans ce travail : le développement d'un abcès dans la paroi abdominale antérieure au devant du cancer de l'estomac ; abcès qui peut s'ouvrir à la fois du côté de l'estomac et du côté de l'extérieur et amène ainsi l'existence d'une fistule gastro-cutanée.

Si l'on en juge par le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour, c'est là une complication exceptionnelle du cancer de l'estomac, étant donné la fréquence de cette affection.

Aussi ayant eu récemment l'occasion d'en observer un exemple à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Proust, suppléé par M. le docteur Thoinot et M. Brouardel,

l'interne du service ayant eu l'amabilité de vouloir bien nous communiquer l'observation de ce malade, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de rassembler les divers cas publiés jusqu'à ce jour sur ce sujet, et d'essayer de montrer d'après l'étude de ces observations, sous quel aspect se présente cette complication du cancer stomacal.

Après avoir fait un rapide historique de la question, nous indiquerons les lésions que l'on rencontre le plus ordinairement chez les individus succombant à cette affection. Puis après nous être expliqué sur la pathogénie de cette complication du carcinome gastrique, nous en décrirons la marche, la valeur pronostique ; enfin dans un dernier chapitre, nous nous efforcerons de montrer, au moyen de quels éléments, on peut arriver à diagnostiquer l'affection qui nous occupe, de tous les autres phlegmons et fistules de la paroi abdominale antérieure, qui peuvent la simuler.

Avant de terminer cette introduction et d'entrer dans le vif de notre sujet, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier tous ceux qui dans le cours de nos études médicales nous ont montré tant de sympathie et nous ont soutenu de leurs encouragements. Que Messieurs les professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes, Messieurs les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de Nantes et d'Orléans reçoivent ici un témoignage sincère de notre gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus dans nos remerciements, M. le professeur Debove, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire, en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

Historique

Si l'on parcourt les anciens traités de pathologie interne et même ceux qui s'occupent spécialement des maladies de l'estomac, on voit que leurs auteurs sont à peu près complètement muets sur cette complication du cancer stomacal. Dans les traités récents, ceux qui en parlent font remarquer son extrême rareté.

Cruveilhier (1) dit : « qu'il ne connaît pas de cancer de l'estomac, ayant eu pour conséquence une fistule gastrocutanée ; mais qu'il n'est pas rare de rencontrer l'extrémité pylorique cancéreuse adhérente à la paroi abdominale, disposition qu'on peut regarder comme le premier degré de la fistule. »

Brinton en cite un cas : « Quant aux communications fistuleuses, nous en avons vu un cas, dans lequel, une ouverture anormale de cette espèce joignait l'estomac atteint de cancer à la paroi antérieure de l'abdomen.

(1) Cruveilhier. — Anatomie pathol. tome III page 567.

(2) Brinton. — Maladies de l'estomac trad. par A. Riant 1870, p. 333.

Rokitansky (1) n'en aurait, lui aussi, observé qu'un cas.

Murchison (2) publie un travail sur ce sujet en 1858. Il recherche dans les auteurs tous les cas connus de fistules gastro-cutanées depuis trois siècles. Il arrive à un total de 25 cas. Sur ces 25 fistules, 6 seulement avaient été produites par le cancer de l'estomac, 12 reconnaissent pour origine l'ulcère stomacal ; les 7 autres avaient été occasionnées par des causes diverses.

Bernutz (3) dans un article sur les phlegmons de la paroi abdominale antérieure, paru dans les Archives générales de Médecine de 1858 cite une observation de phlegmon de la paroi abdominale reconnaissant pour origine une péritonite cancéreuse.

En 1859, Féréol (4) rapporte dans sa thèse un cas de fistule à l'ombilic consécutive à un abcès rétro-ombilical chez un malade atteint de cancer de l'estomac.

Vallin (5) en étudiant l'inflammation péri-ombilicale dans la tuberculose du péritoine, rapporte l'observation de Bernutz et attribue aux affections cancéreuses une influence inflammatoire analogue à celle des produits tuberculeux.

(1) Rokitansky. — Path. anat. syd. soc. Edin, vol. II p. 33-43.

(2) Murchison. — Médico-chirurg. Transactions 1858, tome 41, p. 12 et suivantes.

(3) Bernutz. — De la perforation de la paroi abdominale antérieure (Arch. de méd. 1850).

(4) Féréol. — Second. Des phlegmons de la paroi abdominale dans la péritonite (Th. Paris 1859).

(5) Vallin. — De l'inflammation péri ombilicale dans la tuberculose du péritoine (Arch. de méd. 1869).

Poisson (1) dans sa thèse, parlant des différentes causes d'origine intestinale, pouvant donner lieu aux phlegmons de la paroi abdominale antérieure, ne mentionne pas spécialement le cancer stomacal; mais il dit : « Dans ce même ordre de causes obscures, il faut rapporter encore la dysenterie qui a été signalée, et surtout les masses cancéreuses de l'épiploon et de l'intestin. » La même année, Gauthier (2) dans sa thèse a réuni 22 observations de fistules gastro-cutanées, 14 reconnaissent pour cause l'ulcère simple, et 8 le cancer de l'estomac.

Nous trouvons aussi cette complication signalée dans les articles consacrés aux phlegmons des parois de l'abdomen dans les deux dictionnaires. Nicaise (3) s'occupant des fistules ombilicales qui surviennent à la suite de péritonite chronique s'exprime ainsi : « Il y a tout lieu de supposer que la péritonite cancéreuse peut se comporter comme la péritonite tuberculeuse ; nous n'en connaissons qu'un exemple : c'est l'observation que rapporte l'éreol dans sa thèse sous le titre : Cancer de l'estomac ; péritonite circonscrite ouverte à l'ombilic ». Guyon (4) note dans plusieurs cas la présence dans l'épiploon de masses cancéreuses accompagnant les phlegmons des parois abdominales ; il aurait lui-même observé deux cas de vastes abcès sous-péritonaux reconnaissant cette origine. Marduel (5) au

(1) Poisson. — Contribution à l'étude du phlegmon de la paroi abdominale (Thèse Paris 1877).

(2) Gauthier. — Des fistules gastro-cutanées (Thèse de Paris 1887).

(3) Nicaise. — Dict. encycl. article Ombilic.

(4) Guyon. — Dict. encyclop. article Abdomen.

(5) Marduel. — Dict. de médéc. et de chirurgie prat. Art. Ombilic, t. 24, p. 491.

chapitre des fistules purulentes de l'ombilic cite le cas de Féréol.

Follin et Duplay (1) à propos des fistules stomacales s'expriment ainsi : « Dans d'autres circonstances, les fistules gastro-cutanées, s'observent à la suite d'une lésion organique, détruisant les parois de l'estomac, »

Le professeur Trélat (2) parlant des diverses causes des abcès péri-ombilicaux, n'oublie pas de signaler au nombre de ces causes, la présence possible d'un cancer viscéral, stomacal principalement et cite un fait personnel du même ordre, un abcès de la paroi abdominale survenu dans un cas de cancer du rectum.

Poulet et Bousquet (3) dans leur traité de pathologie externe divisent les fistules stomacales en 3 groupes : « 1° elles sont symptomatiques de lésions organiques du viscère (ulcère, cancer) ; 2° elles ont été créées artificiellement par le chirurgien dans le but d'alimenter le malade ; 3° elles sont d'origine traumatique. »

Mais le premier vrai travail d'ensemble sur le sujet qui nous occupe, est le mémoire publié par Feulard (4) dans les Archives générales de Médecine de 1887. Cet auteur après avoir fait l'historique de la question, rapporte les six observations publiées par Murchison ; puis celles qui sont parues depuis (Féréol, Coote, Murchison,

(1) Follin et Duplay. — Traité de path. ext. t. V, p. 797.

(2) Trélat. — Leçon faite à l'hôpital Necker (In journal de Méd. et Chirurg. pratiques. 1883, p. 156-158.

(3) Poulet et Bousquet. — Traité de pathol. ext. t. III, p. 15.

(4) H. Feulard. — Fistule ombilicale et cancer de l'estomac, in Arch. gén. de Médéc. 1887, p. 158.

Lambl, Auger, Monod, Leflaive) et enfin en ajoute une nouvelle qu'il a observée récemment avec M. Duguet. Il arrive ainsi à un total de 14 observations de cancer de l'estomac avec fistule gastro-cutanée.

MM. Moulonguet et Jondeau (1) en ont présenté un nouveau cas à la Société anatomique de 1884. Macé (2) en a rapporté un autre à la même société en 1894, cas au sujet duquel M. Achard (3) a publié un travail dans la Médecine moderne de la même année et qu'il décrit sous le nom de *Forme pyohémique du cancer de l'estomac*.

M. Achard (4) est revenu récemment sur cette question en étudiant les complications infectieuses du cancer gastrique. Il en donne une nouvelle observation personnelle et l'indication bibliographique d'un certain nombre d'autres.

(1) Moulonguet et Jondeau. — Cancer de l'estomac ouvert au niveau de l'ombilic (in bull. soc. anat. 1883, p. 473).

(2) Macé. — Cancer de la portion pylorique de l'estomac. Généralisation au foie, aux poumons, au mésentère. Fistule ombilicale faisant communiquer le foyer cancéreux primitif et l'extérieur (in bull. société anat. 1894, p. 309).

(3) Ch. Achard. — Cancer de l'estomac, Fistule ombilicale, abcès cancéreux du foie (in Méd. moderne 1894, p. 1233).

(4) Ch. Achard. — Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique (in Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux, Juillet 1894).



CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Quelles sont les lésions que l'on rencontre à l'autopsie des gens succombant à cette affection ?

Le plus souvent on trouve, entre la paroi antérieure de l'estomac et la paroi abdominale, un foyer à parois irrégulières et anfractueuses, reste de la collection purulente qui s'est développée à ce niveau et s'est ouverte à l'extérieur. Cette poche a généralement comme limites : en arrière, les adhérences qui se sont établies entre l'estomac et les viscères voisins (foie, vésicule biliaire, colon transverse, grand épiploon) ; en avant, la paroi abdominale, et sur les côtés, les adhérences et fausses membranes qui réunissent ces différents organes abdominaux à la paroi. Mais quelquefois, la poche purulente, au lieu de siéger entre les viscères et la paroi, c'est-à-dire au lieu d'être une péritonite circonscrite, s'est développée, au contraire, à l'intérieur même de la paroi, formant ainsi un abcès, un phlegmon pariétal. Il arrive même que l'abcès soit simplement sous-cutané, et formé par le déplissement de la cicatrice ombilicale ; comme c'était le cas dans l'observation de MM. Moulonguet et Jondeau (Obs. XIX).

Si le malade a vécu un certain temps après l'ouverture de son phlegmon, il peut se faire, qu'au lieu d'une poche purulente, on trouve une simple masse plus ou moins dure, compacte, résultant des adhérences de l'estomac à la paroi abdominale. Mais souvent aussi cette masse est complètement ramollie, formée de détritits sanieux, putrides, et renferme de gros bourgeons cancéreux, dûs à l'envahissement néoplasique de la paroi.

C'est au milieu de ces différents tissus, que l'on rencontre la fistule, qui fait communiquer l'estomac avec l'extérieur. Son trajet est, tantôt direct, et alors sa longueur est peu considérable ; tantôt, au contraire, il est plus ou moins oblique, et alors sa longueur est beaucoup plus considérable que dans le cas précédent. Cette fistule a généralement son origine stomacale sur la paroi antérieure de ce viscère ; aussi, pour arriver à l'extérieur, est-elle souvent obligée de contourner le lobe gauche du foie. Cependant lorsque le foie est envahi par la néoplasie cancéreuse par contiguité, il peut arriver que cette fistule traverse directement le bord du foie, comme cela s'observait dans le cas de Leflaive (Obs. XVI). Les parois de la fistule quelquefois régulières, sont le plus souvent tomenteuses ; du trajet principal, peuvent partir des diverticulum, des culs-de-sacs secondaires se rendant dans différentes directions, et remontant dans un cas jusque sur le périchondre de la côte voisine (Obs. XI).

Le carcinome gastrique siège dans la plupart des cas dans la région pylorique ; mais le plus souvent l'orifice pylorique lui-même est indemne et admet facilement le passage du doigt. Quatre fois la tumeur cancéreuse siégeait

à la grande courbure (Obs. I, II, XIII, XIV) ; deux fois à la face antérieure (Obs. XIX et XXI) et deux fois à la petite courbure (Obs. XI et XXIV).

La perforation stomacale se trouve au niveau de cette masse néoplasique, presque toujours sur la paroi antérieure de l'estomac ; car, même dans les cas où le cancer siège au niveau de la région pylorique, la face antérieure de l'estomac est toujours plus ou moins envahie par le néoplasme. Cependant dans l'observation de Petit (Obs. II) l'ouverture stomacale s'était faite au niveau de la grande courbure.

L'orifice stomacal est habituellement unique ; dans l'observation que nous rapportons, il était double. Ses dimensions peuvent être fort variables : tantôt il est fort petit et admet un stylet de trousse ; tantôt au contraire il peut atteindre d'assez grandes dimensions : un pouce et demi dans l'observation IX ; le petit doigt dans l'observation XIII ; ce point a son importance, car si avec un orifice large les liquides alimentaires peuvent facilement s'écouler au dehors ; une perforation étroite en permettra au contraire difficilement la sortie ; il en est de même du trajet fistuleux, lorsqu'il est rectiligne et de grande dimension, les aliments le traversent facilement ; ce qui n'a pas lieu avec un trajet fistuleux étroit et tortueux.

L'orifice externe, cutané, lorsqu'il s'est fait spontanément, siège généralement au sommet de la tumeur ; mais, et c'est là un point très intéressant, l'ouverture de l'abcès se fait parfois au niveau de la cicatrice ombilicale, qui, comme on le sait, est un point de faible résistance de la paroi abdominale antérieure. Le plus souvent unique ; cet

orifice externe peut être double ; dans un cas (Obs. VIII) il s'était formé des trajets multiples. Parfois très petit, caché dans les replis de la cicatrice ombilicale et admettant à peine un stylet de trousse, d'autre fois il permet facilement l'introduction d'une sonde cannelée. Du reste la fistule gastro-cutanée n'ayant ordinairement aucune tendance à s'oblitérer, l'orifice externe s'agrandit et peut atteindre des dimensions beaucoup plus considérables. C'est ainsi que dans l'Observation III, il admettait l'introduction du doigt ; qu'il atteignait la grandeur d'un shilling (Obs. V) d'une pièce de cinq francs (Obs. XIX).

Cet agrandissement de l'orifice cutané se fait par sphacèle, par ulcération de ses bords ; mais dans les cas où les liquides stomacaux s'écoulent par la fistule, on peut admettre aussi qu'il y ait une véritable auto-digestion des bords de l'orifice par le suc gastrique. Lorsqu'elle acquiert ses grandes dimensions, l'ouverture de la fistule permet parfois de voir le fond de l'abcès rempli de gros champignons cancéreux bourgeonnants.

Dans le cas que nous venons d'examiner, il y a abcès de la paroi abdominale antérieure avec fistule gastro-cutanée consécutive à l'ouverture de l'abcès. C'est en effet ce que l'on rencontre le plus fréquemment dans cette complication du cancer gastrique. Mais il arrive parfois que l'on trouve un abcès de la paroi abdominale antérieure, consécutif à un cancer de l'estomac et ouvert à l'extérieur, mais sans communication avec la cavité gastrique, comme dans les observations de Fereol, Coote, Duguet et Feulard. — Dans l'observation de Fereol, l'ouverture stomacale n'existait pas, mais il existait un tel ramollissement de la paroi

antérieure de l'estomac au point correspondant au foyer purulent, que la perforation était imminente et se fut sans doute effectuée si la malade avait vécu davantage.

Inversement, on peut trouver un foyer purulent communiquant avec l'estomac sans ouverture cutanée. L'observation qui pour nous a été le point de départ de cette étude, rentre dans cette catégorie ; mais nous devons dire cependant que la perforation était imminente, la peau étant entièrement rouge et tendue ; et si le malade avait eu quelques jours de survie elle se serait certainement faite. On avait même agité la question d'ouvrir chirurgicalement le phlegmon abdominal, comme cela a été pratiqué dans beaucoup des observations que nous rapportons, et l'on aurait créé de la sorte, forcément une fistule gastro-cutanée. Aussi avons-nous cru, bien que la fistule n'existât pas encore, devoir rapprocher ce cas de tous ceux où il y avait fistule gastro-cutanée. Une autre observation de ce genre est rapportée par Villard (1).

« Femme de 30 ans, malade depuis 4 mois seulement.

Autopsie. — L'estomac est entouré de tissus dégénérés et se trouve enclavé au milieu d'une masse ganglionnaire considérable. Après avoir enlevé et disséqué cet organe, on constate que sa cavité est rétrécie ; que sa paroi est épaissie et en certains points altérée, exulcéreuse surtout au voisinage de l'extrémité pylorique. A deux centimètres et demi de cette extrémité, on trouve un orifice dans lequel peut pénétrer l'extrémité du petit doigt. Cet orifice est irrégulier, déchiqueté, à bords épaissis et indu-

(1) Villard. — Observat. présentée à la Société anatom. 1873.
Brechoteau 3

rés ; il conduit dans une cavité anfractueuse considérable, laquelle se trouve limitée de la façon suivante : en haut par la paroi de l'estomac, en avant par la paroi abdominale laquelle est très adhérente à la poche, surtout au niveau de l'ombilic ; dans ce dernier point, elle présente une épaisseur très peu considérable. En arrière, cette cavité est limitée par des adhérences qui s'étendent de la paroi postérieure de l'estomac au colon transverse, et par une masse ganglionnaire considérable. Enfin en bas le colon transverse ferme la cavité ; cet intestin présente à sa face interne une ulcération allongée, qui, si elle avait eu le temps d'amener une perforation, aurait mis l'estomac en communication presque directe avec le colon transverse. »

Enfin, dans un dernier cas, il peut exister dans la paroi abdominale antérieure un abcès consécutif au cancer de l'estomac, mais sans communication, ni avec l'estomac, ni avec l'extérieur.

C'est ainsi que Feulard (1) en rapporte deux faits. L'un lui a été communiqué par M. Duguet. « En 1883, en pratiquant l'autopsie d'une femme de 55 ans, morte de carcinôme latent de l'estomac, il trouva un foyer séro-purulent entre la paroi ombilicale et l'estomac, entouré de fausses membranes, reposant sur un carcinôme du pylore de nature squirrheuse. »

L'autre fait est rapporté par M. Delebut (2).

« En incisant la paroi abdominale, on tombe à la partie supérieure sur une poche de 10 centimètres environ de

(1) Feulard. — Loc. cit.

(2) Delebut. — Du cancer de l'estomac. Th. Paris, 1880.

haut sur autant de large, contenant un demi-verre environ de pus... La poche adhère fortement à la paroi antérieure de l'estomac. Les intestins étant détachés, on isole complètement l'abcès et on constate que la poche adhère à l'estomac et au hile du foie ; elle correspond à la partie pylorique de l'estomac. Cet organe étant incisé depuis le cardia, on voit qu'il ne contient pas de pus, preuve de son isolement de la poche purulente ; mais, au niveau des adhérences membraneuses plus haut, les parois stomacales sont épaissies, à 5 centimètres environ de l'orifice pylorique se trouve un champignon ulcéré probablement encéphaloïde. »

Ces deux exemples, ainsi que les observations de l'éréol, Coote, Feulard, où l'ouverture stomacale n'existait pas, montrent donc bien que la perforation de la paroi de l'estomac n'est pas nécessaire pour le développement d'un abcès dans la paroi abdominale antérieure au-devant du carcinôme gastrique. Ces abcès peuvent se développer par simple inflammation de voisinage. Nous croyons même que dans la plupart des cas où il se forme un abcès avec fistule gastro-cutanée consécutive, l'abcès s'est formé primitivement et que c'est secondairement seulement qu'il s'ouvre, soit du côté de l'estomac, soit du côté de l'extérieur, soit des deux côtés à la fois. Lorsqu'on lit attentivement les observations de fistules consécutives au cancer de l'estomac, on voit que généralement lorsque l'abcès s'ouvre il y a écoulement de pus franchement phlegmoneux mais sans matières alimentaires ; puis la fistule persiste, l'abcès s'agrandit et alors à un moment donné, les liquides alimentaires s'échappent par la fistule ; c'est que la perforation stomacale vient de se faire.

L'observation de Dudon (Obs. XIV) est un bel exemple de cette ouverture de l'abcès abdominal dans l'estomac ; la malade qui avait depuis plus d'un mois une fistule de la paroi abdominale due à un abcès développé au-devant d'un carcinôme de l'estomac et par où s'écoulait seulement du pus, a subitement, une nuit, son lit inondé par un flot de liquide qui s'échappe par sa fistule, liquide dans lequel le lendemain, on retrouva des débris d'aliments, c'était la preuve manifeste que l'abcès venait de s'ouvrir dans l'estomac.

Chez les individus succombant à cette affection, on trouve souvent une généralisation du cancer ; le foie est l'organe qui est le plus souvent atteint ; il peut même l'être directement par contiguité.

La cavité abdominale peut contenir du liquide plus ou moins louche ; quelquefois même un peu de pus.

Souvent aussi en dehors de la perforation au niveau de l'abcès de la paroi adominale ; il existe d'autres perforations faisant communiquer l'estomac avec les organes voisins ; la plus fréquente est la communication entre l'estomac et le colon.

Le cancer encéphaloïde est la forme anatomique que l'on trouve le plus souvent ; cependant dans quatre cas (Obs. I, X, XII et XVI) on avait affaire à un squirrhe. Cette prédominance des formes molles (cancer encéphaloïde, colloïde ou médullaire) s'explique aisément. Elles exposent en effet plus facilement au ramolissement, à l'ulcération et à l'infection qui, ainsi que nous allons le voir dans le chapitre suivant, est la cause déterminante de ces abcès.

CHAPITRE III

Pathogénie

Comment le carcinome de l'estomac peut-il donner naissance à un phlegmon de la paroi abdominale antérieure ?

Il est de toute évidence que nous nous trouvons là en présence d'une complication infectieuse survenant au cours du cancer de l'estomac. Il est même surprenant que ces complications d'ordre infectieux ne soient pas plus fréquentes ; car les gens atteints de cette terrible affection sont dans un état de dénutrition et d'inanition qui rend leur organisme éminemment propre au développement des germes infectieux. Il existe de plus au niveau de la paroi stomacale une ulcération, porte d'entrée naturelle offerte à tous les germes pathogènes.

Le suc gastrique jouit d'un certain pouvoir bactéricide, mais cette action nuisible sur les microbes, il la doit en grande partie à l'acide chlorhydrique qu'il contient. Or on sait, depuis les recherches de Riegel, que dans le cancer de l'estomac, l'acide chlorhydrique fait complètement défaut dans le suc gastrique, où en tout cas est toujours très diminué. On sait, d'autre part, quelle est la richesse de la

flore microbienne dans toute la longueur du canal digestif, et en dehors des microbes qui y existent normalement, il faut compter aussi avec ceux qui y sont introduits avec les aliments.

De plus, chez les individus atteints de carcinome stomacal, la digestion se fait très mal, il y a stase prolongée des aliments dans l'estomac, surtout quand le néoplasme siège près du pylore ; et nous avons vu que dans l'affection qui nous occupe le carcinome siège le plus souvent au voisinage de l'orifice pylorique.

Ce sont là des conditions toutes de nature à favoriser la pullulation des germes pathogènes dans la cavité stomacale.

Par la porte ouverte au niveau de l'ulcération stomacale ces germes peuvent pénétrer dans l'organisme. Ils peuvent suivre la voie lymphatique et produire alors l'infection des grandes séreuses (plèvre, péricarde), ils peuvent suivre la voie sanguine, soit la veine porte et donner alors de la pyléphlébite adhésive ou suppurée, des abcès suppurés du foie ; soit la circulation générale et donner lieu à cette forme septicémique du cancer de l'estomac, si bien décrite par M. Hanot (1). Mais dans tous ces cas, l'infection, bien que partie de l'estomac s'est faite à distance tandis qu'il peut arriver que la manifestation infectieuse se fasse au voisinage même de l'estomac. Les germes pathogènes existant au niveau de l'ulcération stomacale déterminent une péritonite locale ; puis il se forme un foyer phlegmoneux à cet endroit. abcès qui s'ouvre ensuite soit

(1) Hanot. Archives génér. de Médecine, 1892, vol. II, p. 257.

du côté de l'estomac, soit du côté de l'extérieur, soit des côtés à la fois et ainsi se trouve formée une fistule gastro-cutanée.

M. Achard (1), qui est revenu récemment sur ces complications infectieuses du cancer de l'estomac, propose de leur donner le nom de *formes septiques* du cancer stomacal.

Cette pathogénie des abcès de la paroi abdominale antérieure dans le cancer gastrique, nous explique pourquoi on les rencontre beaucoup plus fréquemment dans les formes molles de cancer (encephaloïde ou médullaire). L'envahissement des micro-organismes est en effet beaucoup plus à craindre dans ces formes ulcérées ou fongueuses, que dans les cas de cancer squirrheux, où les tissus indurés offrent une barrière beaucoup plus résistante aux germes pathogènes.

Quant à l'agent microbien, cause de ces abcès, il est probable qu'il peut être de nature variée. L'étude bactériologique du pus de ces abcès a été encore très peu faite.

Symptômes

Les abcès de la paroi abdominale antérieure, consécutifs au cancer de l'estomac, revêtent au début la symptomatologie de tous les abcès et phlegmons qui se déve-

(1) Achard, loc. cit.

loppent au niveau de cette paroi, surtout de ceux que l'on désigne sous le nom d'abcès profonds.

Souvent, ils apparaissent chez des individus présentant des signes évidents de carcinome stomacal : cachexie, amaigrissement, teinte jaune-paille, vomissements alimentaires et hémorrhagiques, adénopathie, etc. ; mais ils surviennent aussi quelquefois chez des malades présentant seulement quelques troubles dyspeptiques vagues, sans grande cachexie, et c'est alors, qu'il est difficile de rattacher l'abcès à sa véritable origine.

Un des premiers symptômes perçu par le malade, est la douleur. C'est une douleur intense, profonde, lancinante, qui s'exagère par la pression et qui siège au point où va se développer l'abcès, c'est-à-dire au niveau de la région épigastrique. Cette douleur, d'abord locale, ne tarde pas à s'irradier à toute la paroi abdominale.

En même temps que la douleur ou peu de temps après, survient un empâtement de la paroi, au niveau du point douloureux. En palpant la région, on sent profondément un épaissement, une induration qui n'adhère pas encore aux téguments.

Les jours suivants, cette masse indurée augmente rapidement de volume et ne tarde pas à faire saillie sur la paroi et à être très nettement perceptible.

A ce moment, il survient généralement un peu de fièvre le soir, fièvre qui va en s'accroissant les jours suivants, traduisant nettement le caractère inflammatoire de cette tumeur.

Le siège de cette tuméfaction peut être variable ; on peut dire cependant que dans la majorité des cas, on la

rencontre au niveau de la région épigastrique, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Quelquefois, elle peut siéger au pourtour de l'ombilic (obs. XIII et XXI), parfois dans l'hypochondre gauche (obs. I, VIII, XIV et XX), enfin beaucoup plus rarement dans l'hypochondre droit (obs. XVI et XVIII).

Bientôt le caractère phlegmoneux devient de plus en plus évident ; la peau, épaissie, adhère à la masse profonde ; tout le pourtour s'indure ; la fluctuation devient manifeste. La tumeur peut alors acquérir à ce moment, un volume plus ou moins considérable. Elle varie en général de la grosseur d'une noix à celle du poing ; cependant, dans l'observation de Fraëntzel (obs. XVIII), elle atteignait les dimensions d'une tête d'enfant.

Si l'on n'intervient pas chirurgicalement à ce moment, la tuméfaction augmentée encore, la peau devient mince, rouge, violette, luisante ; la cicatrice ombilicale est prise, elle se déplisse, souvent ce déplissement de la cicatrice ombilicale forme comme une sorte de phlyctène. Puis, à un moment donné, cet abcès s'ouvre, soit sur la paroi abdominale, entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, au point culminant de la tumeur, soit le plus souvent, au niveau de l'ombilic, qui est le point le moins résistant de la paroi. Cette ouverture à l'ombilic, la plus fréquente et la plus intéressante, se produit même quelquefois, bien que l'abcès ait été ouvert au bistouri, comme dans l'observation de Marchison (obs. IX). D'autres fois, au lieu d'une simple ouverture, il peut se faire des orifices multiples (obs. VIII).

L'ouverture spontanée ou artificielle de ce phlegmon donne issue à du pus quelquefois verdâtre, crémeux,

bien lié, mais le plus souvent séreux, grisâtre, mal lié et présentant une odeur fétide ; parfois, en même temps, il peut s'échapper quelques bulles de gaz obs. VII et XV).

La quantité de pus qui s'écoule est variable, tantôt insignifiante, elle peut être au contraire assez considérable, elle varie en moyenne d'un verre à un crachoir. Lorsqu'on presse sur le pourtour de la tumeur, on arrive à en faire sourdre une assez grande quantité.

L'abcès vidé, on voit généralement la fièvre cesser ; mais le malade reste porteur de sa fistule qui, le plus souvent, n'a aucune tendance à s'oblitérer. Dans deux cas cependant (obs. X et XX), la fistule s'était oblitérée, mais n'avait pas tardé à se rouvrir de nouveau.

L'écoulement de la fistule peut rester franchement purulent, mais dans la majorité des cas, il change bientôt de nature et au bout d'un temps variable, on voit s'écouler, par l'orifice cutané, les liquides alimentaires qui, non toujours facilement reconnaissables à l'œil nu, le seront facilement, au contraire, au microscope. Dans les cas douteux, on pourrait, comme on l'a conseillé, faire absorber au malade des liquides colorés et voir s'ils s'échappent par la fistule. Enfin, Dudon (obs. XIV), signale l'odeur aigrelette du liquide qui s'échappait par la fistule ; odeur semblable à celle que l'on perçoit lorsqu'on fait l'autopsie d'un estomac sain.

Cet écoulement de matières alimentaires a une très grande importance, puisqu'il indique que l'estomac est perforé et communique avec la fistule. Follin et Duplay font remarquer cependant que certaines fistules donnant passage à des matières alimentaires peu après leur ingestion,

peuvent ne pas être directement en rapport avec l'estomac. Murchison signale un cas de cancer du côlon faisant communiquer celui-ci avec le duodénum et avec l'extérieur, à travers la paroi abdominale. Les liquides tombant dans l'estomac, passaient par le duodénum dans le côlon et arrivaient au bout de peu de temps à l'ombilic. D'autre part il peut arriver que la perforation stomacale existe sans qu'il s'écoule au dehors de matières alimentaires, cela peut résulter soit d'une disposition spéciale de l'ouverture stomacale, soit du trajet compliqué de la fistule. Donc, si l'issue des matières alimentaires par la fistule indique à peu près sûrement une perforation stomacale, par contre de l'absence de l'évacuation au dehors de liquides alimentaires, il n'en faudrait pas conclure qu'il n'y a pas de perforation stomacale.

Quand les aliments passent par la fistule, l'orifice cutané s'est en général, très agrandi. Il peut acquérir ainsi de très grandes dimensions : largeur de la paume de la main (Obs. XII), ce qui résulte d'une part du sphacèle de ses parois et aussi d'autre part d'une auto-digestion possible par le suc gastrique. C'est alors qu'existent ces vastes ulcérations de la paroi abdominale antérieure, dont le fond est rempli de gros bourgeons cancéreux saignants, qui se sphacèlent en donnant naissance à des détritux putrides sanieux qui se mêlent aux liquides alimentaires qui s'écoulent au dehors.

Mais arrivé à cette période, la mort ne tarde pas à survenir et dans les derniers jours la tumeur peut devenir complètement gangréneuse.

La survie après la formation de la fistule varie d'après

les observations de quelques jours à six mois. En moyenne elle est d'environ un mois.

Cette complication du cancer gastrique a donc une grande influence sur la marche naturelle de l'affection ; elle en abrège la durée et lorsqu'on la voit survenir on peut être sûr que le dénouement fatal est proche.

Nous ne parlerons pas du traitement de ces abcès qui n'offre rien de particulier. Nous ferons remarquer cependant, que si comme nous le croyons, la perforation stomacale est le plus souvent postérieure à l'abcès ; il y aurait peut-être avantage d'ouvrir chirurgicalement et d'assez bonne heure ces phlegmons plutôt que de laisser l'ouverture se faire spontanément. On pourrait espérer ainsi, en évacuant rapidement la collection purulente, sinon empêcher la perforation stomacale, du moins en retarder le plus possible la formation.



CHAPITRE IV

Diagnostic

D'une façon générale, le diagnostic de cette complication exceptionnelle du cancer de l'estomac, n'est pas extrêmement difficile ; en effet, quand les symptômes du cancer stomacal sont évidents ; il est facile alors de rattacher ce phlegmon péri-ombilical à sa véritable cause ; aussi voyons-nous que, dans la plupart des observations que nous rapportons, le diagnostic de néoplasie stomacale avait été posé.

Cependant, il faut savoir que dans quelques cas, ce diagnostic peut présenter d'assez sérieuses difficultés ; par exemple comme dans l'observation de Monod (Obs. XV) où les symptômes gastriques étaient extrêmement peu accusés ; il en est de même dans celle de Teissier (Obs. XIII), où cet auteur, après avoir examiné les différentes affections, pouvant être la cause de l'abcès abdominal qu'il avait sous les yeux, pense : « que si l'on pouvait croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse ulcérée ; le fait pouvait cependant être révoqué en doute » ; et conclut en disant que : « ce qui était le plus rationnel d'admettre, c'était l'existence d'une péritonite partielle, ayant son point

de départ dans une altération cancéreuse ou tuberculeuse du mésentère ».

La difficulté du diagnostic peut même être telle, qu'elle entraîne une erreur, comme chez la malade de Feulard et Duguet où l'on crut à une péritonite tuberculeuse.

Feulard (1) fait remarquer, à ce propos, que le diagnostic peut être encore plus difficile ; lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer précoce, c'est-à-dire survenant chez des personnes âgées de moins de trente ans. Ces cancers précoces, bien étudiés par Bard (2) et un de ses élèves, M. Mathieu (3), revêtent en effet souvent une symptomatologie assez spéciale : les douleurs y sont habituellement moins vives, les vomissements moins abondants et les hématomés exceptionnelles. La teinte jaune-paille fait aussi souvent défaut, et l'on trouve à sa place « une simple pâleur de la face avec décoloration des muqueuses, telle qu'on l'observe dans la chlorose et à la suite d'hémorrhagies répétées. »

Or, sur nos 24 observations, nous en trouvons une (Observ. XVII) chez une femme de 27 ans, et quatre autres chez des individus encore jeunes : 32, 35 et 37 ans (Obs. VI, III, XXIII, XXII).

Donc, si le diagnostic de ces abcès d'origine stomacale, est souvent facile, il est bon cependant de connaître les différentes autres affections capables de produire un abcès de la paroi abdominale avec fistule consécutive.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule ombili-

(1). H. Feulard. Loc. cit. p. 179.

(2) Bard. — In Lyon médical, 1884.

(3) Mathieu. — Th. de Lyon, 1884.

cale, laissant suinter une petite quantité de pus, la première chose à rechercher, c'est de s'assurer, si cette fistule ne reconnaît pas uniquement pour cause : la malpropreté. Il arrive, en effet, surtout chez les femmes grasses et peu soigneuses, que la matière sébacée, retenue dans les replis de la cicatrice ombilicale, amène à la longue une irritation pouvant donner lieu à un petit abcès superficiel, limité à cette région ; abcès qui s'ouvre au fond de l'ombilic et laisse à sa suite une fistule persistante. Ces petits abcès de l'ombilic peuvent aussi être occasionnés par des corps étrangers, venus de dehors (débris de vêtements, poussière) ; enfin une simple irritation eczémateuse peut aussi les produire. Dans tous ces cas, il suffit d'explorer attentivement la cicatrice ombilicale, pour reconnaître la véritable cause de ces petits abcès.

Très nombreuses sont les affections qui déterminent des phlegmons de la paroi abdominale antérieure ; nous n'allons point entreprendre de les passer en revue ; nous allons examiner seulement celles qui occasionnent des abcès ressemblant sur certains points à ceux qui font l'objet de cette étude.

Les abcès et fistules hépatiques pourraient parfois prêter à confusion. Ces fistules hépatiques ont été bien étudiées par Lequelinel de Lignerolles (1). Les abcès du foie donnent rarement lieu à une fistule ombilicale et de Lignerolles n'en a trouvé qu'un seul cas (cas de Rouis) qui s'est terminé par la guérison. Les fistules consécutives aux kystes hydatiques, même suppurés, sont trop spéciales

(1) Lequelinel de Lignerolles. — Th. Paris, 1858.

pour que nous nous y arrêtions. Les abcès et les fistules hépatiques, consécutifs à l'affection calculieuse de la vésicule biliaire, offrent parfois, surtout au début, des signes rappelant un peu ceux des abcès consécutifs ou cancer de l'estomac. Ces fistules calculieuses assez fréquentes, commencent par un empâlement dans l'hypochondre droit et la région péri-ombilicale ; puis la tumeur devient fluctuante et il se forme une fistule, qui siège parfois à l'ombilic ; mais, d'après de Lignerolles, cette fistule a son orifice cutané, le plus souvent au-dessous de l'ombilic. Ce sont surtout les symptômes antérieurs de lithiase biliaire qui permettront de faire le diagnostic. Lorsque l'abcès s'ouvre, il y a souvent élimination de calculs biliaires, et il s'écoule du pus, rarement phlegmoneux, et qui ensuite est teinté par du sang et de la bile. S'il n'y a pas eu d'élimination de calculs au moment de l'ouverture de l'abcès ; l'exploration de la fistule avec un stylet ou même avec le doigt après la dilatation préalable du trajet, permet d'arriver souvent sur un calcul biliaire.

Enfin, il peut arriver qu'un cancer du foie suppuré, donne lieu à un abcès avec fistule abdominale. C'est ce qui existait chez le malade de Derville (1) où il y avait bien cancer de l'estomac, mais la suppuration venait du foie devenu cancéreux au contact de l'estomac. Il s'agissait d'un homme de 35 ans, qui éprouva des douleurs vives à l'épigastre, avec fièvre et perte d'appétit. Bientôt la peau de l'épigastre devint rouge et chaude, et il se fit une tumé-

(1) Derville. — Cancer du foie et de l'estomac. Abcès du foie, phlegmon épigastrique, fistule (in Bull. Société anat. 1884).

faction. Jamais il n'eut de vomissements, ni d'hématémèses. Ce malade avait la teinte jaune-paille ; sur la paroi abdominale au niveau de l'épigastre, existait une tuméfaction empiétant sur les hypochondres et la région ombilicale ; elle était douloureuse, fluctuante. Incisée, elle donna issue à du pus gris-sale, mêlé de sang et à des débris de tissu cellulaire sphacélé. Le pus avait une odeur infecte. Le malade ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, « après ouverture de la paroi abdominale antérieure, on trouve, derrière le foyer de suppuration, un plastron adhérent aux viscères profonds : foie et estomac... On trouve sur la face postérieure de l'estomac près du pylore, une tumeur offrant le volume des deux poings et empiétant un peu sur la petite courbure... L'abcès de la paroi abdominale avait une origine profonde ; car de cet endroit on voit partir un trajet fistuleux à parois très épaisses et du diamètre d'une petite plume d'oie. Ce trajet se dirige obliquement en haut, à droite et en arrière, pour se perdre dans le lobe gauche du foie. Suivi dans l'épaisseur de l'organe, on le voit se dilater progressivement et s'aboucher dans une cavité triangulaire à base postérieure et renfermant une grande quantité de pus. »

La tuberculose détermine aussi fréquemment des abcès de la paroi abdominale antérieure. Parfois ce peut être des abcès tuberculeux locaux, limités à la région péri-ombilicale. Richelot (1) rapporte un cas de ce genre et Feulard un autre qui lui a été communiqué oralement par

(1) Richelot. — Union médicale. Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, Janvier 1884.

Verneuil. Il s'agissait d'une religieuse, guérie d'une ancienne coxalgie et chez laquelle serait survenu à la suite d'une contusion de la région sous ombilicale une tumeur fluctuante qui fut incisée et resta fistuleuse. La malade mourut pthisique.

Si ces abcès tuberculeux locaux sont de véritables raretés, il n'en est pas de même de ceux qui sont dus à une péritonite tuberculeuse localisée. C'est surtout avec cette affection que le diagnostic est parfois vraiment difficile.

Ces inflammations péri-ombilicales dans la tuberculose du péritoine ont été très bien étudiées par Vallin. (1) « Dans certains cas de tuberculose du péritoine, on voit survenir au voisinage de la cicatrice ombilicale, une rougeur et un œdème violent de la peau qui persistent pendant un temps assez long, variable de un à deux mois ; l'absence d'élancements, de sensibilité à la pression, de fluctuation, de réaction fébrile concomitante distingue ces cas de ceux où il existe un phlegmon des parois abdominales. Ces symptômes peuvent être l'indice précoce d'une perforation ombilicale ; d'autres fois, on les voit disparaître lentement, dans une des périodes de rémission de la maladie principale, presque sans avoir éveillé l'attention du patient, mais non sans avoir fourni une indication diagnostique et pronostique sérieuse ». Ces tuberculoses péritonéales péri-ombilicales, avec suppuration et tendance à s'ouvrir à l'ombilic, ressemblent donc assez aux abcès qui se développent dans cette même région durant l'évolution du cancer de l'estomac. Cependant, en général, la marche est plus insidieuse, les

(1) Vallin. — Loc. cit.

douleurs y sont presque nulles ou toujours bien moins accentuées : la fièvre y est exceptionnelle, tandis qu'elle est, pour ainsi dire, la règle dans les phlegmons dus au carcinome stomacal. Enfin souvent il existe d'autres lésions évidentes de tuberculose.

Nous ne parlerons pas des fistules ombilicales de la péritonite aigue de l'enfant, des fistules des péritonites puerpérales, de la péritonite généralisée, des fistules ombilicales urinaires ; toutes ces fistules ont des caractères propres tellement nets qu'il serait impossible de les confondre.

Dans le cas de fistule abdominale consécutive au cancer de l'intestin, la cause de cette fistule sera fatalement reconnue par l'écoulement qui est purulent et stercoral.

En terminant, nous signalerons une variété de phlegmon de la paroi abdominale un peu spéciale, qui a été décrite par M. Heurtaux (1) sous le nom de phlegmon sous-ombilical. Cette affection inflammatoire survient généralement au cours d'une autre maladie ; elle revêt le plus souvent une forme aigue et ressemble à tous les phlegmons de l'abdomen ; mais quelquefois aussi elle prend une marche subaigüe et c'est alors qu'elle peut évoluer comme les abcès consécutifs au cancer de l'estomac. Il se forme une tumeur à la région ombilicale, qui se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre et donne issue à du pus phlegmoneux ayant parfois mauvaise odeur ; jamais il n'y a issue de gaz. Mais ce qui permet de bien distinguer ce phlegmon, c'est son siège *sous-ombilical* ; tandis que

(1) Heurtaux. — Mém. Société de Chirurgie 1877.

nous avons vu que dans le carcinome de l'estomac, l'abcès est parfois à l'ombilic, le plus souvent au dessus de l'ombilic, dans la région épigastrique. Du reste, cette tumeur sous-ombilicale a une forme toute spéciale ; elle est demi-elliptique, sa base affleurant l'ombilic. D'après M. Hertaux ce phlegmon se développerait dans la paroi abdominale dans une loge spéciale « limitée en avant par l'aponévrose de l'abdomen ; en arrière par le fascia infra-umbilicalis, en haut par les adhérences de ce fascia à la cicatrice ombilicale, et sur les cotes par l'union cutanée de ce même fascia avec l'aponévrose d'enveloppe des muscles droits de l'abdomen ».

En résumé, toutes les différentes espèces de phlegmons abdominaux que nous venons de passer en revue, se laissent facilement distinguer de l'abcès consécutif au cancer de l'estomac ; il suffit d'en connaître les signes caractéristiques pour pouvoir éviter facilement l'erreur. Il n'y a vraiment qu'une seule affection présentant des symptômes et une marche offrant de grandes analogies avec l'affection qui nous occupe ; c'est la péritonite tuberculeuse localisée au pourtour de l'ombilic avec abcès et fistule ombilicale consécutive. Aussi lorsque les symptômes du cancer de l'estomac ne sont pas bien nets, on peut être exposé à attribuer à une péritonite tuberculeuse, un abcès péri-ombilical reconnaissant pour cause un cancer stomacal ; surtout si l'on se trouve en présence d'un sujet encore jeune.

OBSERVATIONS

Nous donnons les neuf premières observations telles qu'elles sont résumées dans le travail de Feulrred dans les Archives générales de Médecine de 1887 (1).

OBSERVATION I

Sonyer-Dulac, in Lieutaud. Anat. Medic. ; 1767,
vol. II, Observ. 145, p. 237.

Femme âgée, atteinte depuis longtemps de fièvre tierce, fut prise de vomissements à la suite desquels apparut une tumeur

(1) En outre des observations que nous rapportons dans cette thèse : Voici l'indicat. bibliog. de cinq autres :

Herzog. — Perforation des Magens durch ein Krebsgeschwür, Vervachung der werhticib in der Umgebung des Mayens Allgm. Wien. med. Zeitung 1856, Bd. I, p. 54.

Kuster. — Carcinoma ventriculi : Versvachsung mit dem Colon transversum. Durchbruch durch die Bauchwand (Magenfistel) tod and Pijame. Ein Chirurg. Trienn. 1876-78, Berlin 1882, p. 160.

English. — Nabelfistel. Carcinoma ventriculi. Tod. Ber. k. k. Krankenh. Rudolph. Stiftung in Wien (1880-1881), p. 303.

Sen. — Cancer of the stomach, adhesion and subséquent softening. désintégration and perforation of the gastric and abdominal wals allowing free escape of food... trough the opening of the wound. Indian. M. Gaz. Calcutta 1884, XIX.

Psottez. — Cancer du pylore ayant déterminé une fistule gastro-cutanée : mort, autopsie. Bulletin de la Société des Med. et Nat. de Jassy, 1889, p. 143.

dans l'hypochondre gauche sous les fausses côtes. Cette tumeur devint chaude et fluctuante.

Ouverture spontanée de l'abcès qui reste fistuleux.

Écoulement de pus, puis des boissons et des aliments.

Survie : pas précisée.

AUTOPSIE. — Pylore squirreux : dans l'estomac, noyau cancéreux près de la grande courbure ; adhérence de l'estomac et communication avec le trajet fistuleux.

OBSERVATION II

(*Petit*, in *Mem. des Sciences* 1716, p. 342).

Femme 55 ans, prise de « fièvre, avec douleurs d'estomac, nausées, vomissements, dégoût et coliques » ; puis douleurs sourdes dans la région épigastrique près de l'ombilic ; on vit apparaître une tumeur grosse comme les poings, non adhérente peu mobile. Cette tumeur devint bientôt adhérente, pointa vers la peau ; fluctuation.

Ouverture par le chirurgien ; reste fistuleuse.

Écoulement de pus pendant onze jours, odeur infecte ; puis matières alimentaires.

Survie : trois mois.

AUTOPSIE. — Adhérence de l'estomac à l'épiploon, au colon transverse par une masse cancéreuse ; sur la grande courbure « un abcès noirâtre, très fétide, arrondi, de deux pouces de diamètre, au centre duquel il y avait une ouverture de la grandeur et figure d'un quart d'écu. » Une sonde mousse, introduite par cette ouverture, ressort par la fistule cutanée. Dans le colon, deux champignons adhérents à l'estomac.

OBSERVATION III

(*Wencker*, in *Haller*, *Disput Chirurg.*, T. V, n° 125, p. 30).

Femme, 37 ans, souffrait depuis longtemps de douleurs d'estomac et de vomissements continuels ; amaigrissement. Une tumeur se forme à l'ombilic.

Ouverture spontanée : admet bientôt le doigt.

Écoulement : tous les aliments passaient : appétit conservé jusqu'à la fin.

Survie : trois semaines.

AUTOPSIE. — Estomac adhérent à l'ombilic au niveau du pylore et adhérent au côlon. L'estomac communique avec le trajet fistuleux. Adhérence du lobe gauche du foie « *Hæc omnia putrida erant.* »

OBSERVATION IV

(*Stokes*, in *Lancet* 28 Janv. et *Archive de Méd.* 28 vol. p. 264)

Femme, 49 ans, bonne santé antérieure. Douleurs lancinantes dans l'hypochondre gauche, sensation de brûlure à l'estomac. Au bout de trois mois, tumeur à gauche et un peu au dessous de l'ombilic, grosse comme un œuf. Etat s'aggrave : vomissements bilieux, pas d'hématémèses. Vers le neuvième ou dixième mois la peau de la tumeur rougit.

Ouverture spontanée : orifice de la grosseur d'un pois, situé un peu au-dessus de l'ombilie.

Ecoulement pendant deux jours d'une petite quantité de liquide aqueux ; le troisième jour boissons et aliments liquides.

Survie : trois semaines.

AUTOPSIE. — Manque.

OBSERVATION V

(*Cameron*, communication faite à Murchison, citée par celui-ci dans son mémoire)

Femme, 50 ans, ayant tous les signes d'un cancer gastrique, présente une tumeur à gauche de l'épigastre.

Ouverture spontanée : orifice de la dimension d'un shilling.

Ecoulement : aliments.

Survie : trente-et-un jours.

AUTOPSIE. — Ne fut pas faite ; mais on sentait en introduisant le doigt dans le trajet une masse dure, adhérente carcinomateuse.

OBSERVATION VI

(*Baluff* ; in *Medez*, correspond. Blatt des Wurtemberg, Aertz.

Vereins, 1^{er} semestre 1854. — Analyse in *Gaz. méd. de Paris*, 1885, p. 281).

Femme, 32 ans, mère de 17 enfants ; atteinte depuis longtemps d'asthme, présente tous les signes d'une affection abdo-

minale. Une tumeur qui parut à la région épigastrique et de la grosseur du poing, confirma le diagnostic pose de cancer stomacal. Cette tumeur pointa vers l'ombilic ;

Ouverture spontanée par ulcération des téguments.

Ecoulement : matière liquide semblable à de la pulpe cérébrale ramollie ; puis aliments. L'ouverture grandit par gangrène.

Survie : un mois.

AUTOPSIE. — Manque.

OBSERVATION VII

(Féréol, in Thèse doctoral, Paris 1359)

Femme, 52 ans, bonne santé antérieure. — Depuis sept mois, douleurs d'estomac, vomissements alimentaires, puis sanglants, cachexie. Apparition de tumeur bosselée à la région épigastrique vers l'ombilic. Inflammation ; suppuration.

Ouverture spontanée à l'ombilic ; pertuis étroit.

Ecoulement : ichor sanieux fétide, mêlé de gaz.

Survie : trois jours.

AUTOPSIE. — Cancer du pylore. Cancer du foie. Ramollissement de la paroi antérieure de l'estomac. Il existe un point particulièrement ramolli de la dimension d'une pièce de 20 c., correspondant à un foyer rempli de détritux sanieux et de pus ichoreux, dont les parois sont formées par l'estomac, la paroi abdominale, les adhérences sur les côtés ; l'estomac ne communique pas avec ce foyer.

OBSERVATION VIII

(*Coote*, in Transact of the Pathol. soc. of London, 1860)

Homme, 54 ans, depuis quelques temps douleurs d'estomac; troubles digestifs. — Depuis cinq semaines, tumeur élastique, douloureuse, dans l'hypochondrie gauche; cette tumeur s'enflamme.

Ouverture chirurgicale: formation d'autres trajets fistuleux.

Écoulement: mauvais pus, sans odeur.

Survie: six semaines.

AUTOPSIE. — Trajets fistuleux à travers la paroi abdominale. L'extrémité pylorique de l'estomac est adhérente à la paroi; la moitié pylorique du viscère est cancéreux; adhérence du colon. L'estomac ne communique pas avec les trajets.

OBSERVATION IX

(*Murchison*, in transact of the Pathol. soc. of London 1869)

Homme, 50 ans, depuis trois ans, troubles gastriques; depuis quelques mois, vomissements; depuis six semaines, douleurs constantes à l'ombilic: tumeur grosse comme une noix de coco, située à la partie inférieure de l'épigastre. Fièvre. Augmentation de la tumeur, fluctuation.

Ouverture chirurgicale au-dessus de l'ombilic; un mois après, ouverture spontanée à l'ombilic.

Écoulement : pus en quantité, fragments alimentaires non colorés de bile.

Survie : un mois.

AUTOPSIE. — Les deux orifices conduisent à une cavité grosse comme une orange, à parois anfractueuses formées par le colon, le foie, le vésicule biliaire, la paroi abdominale. La cavité communique avec l'estomac par une ouverture d'un pouce et demi.

La portion pylorique est atteinte de cancer médullaire.

OBSERVATION X

Cancer de l'estomac. — Sa communication au dehors par une ouverture à l'ombilic. — *Rodet* (Mem. et C. R. de la société des sciences médicales de Lyon. T. III, 1863-64, p. 198).

Le 9 mars 1863, entre à la salle Saint-Charles, service de M. Meynet, une femme, âgée de 63^{ans}.

Menopause depuis 11 ans ; pas de maladie antérieure.

Pendant le courant de toute l'année 1862, la malade nous dit avoir éprouvé des douleurs au creux épigastrique. Les digestions étaient difficiles : les aliments augmentaient le malaise ; souvent ils étaient vomis peu de temps après leur ingestion. Il y avait des éructations fréquentes, sans goût particulier. Les selles étaient rares, mais normales dans leur coloration. Puis, il y a huit mois, ces phénomènes augmentaient d'intensité ; l'épigastre devenait plus douloureux, plus tendu ; les vomissements sont soit alimentaires, soit bilieux, plus fréquents et la malade ne tardait pas à s'apercevoir qu'il se formait en ce point une tumeur dont l'accroissement a été rapide. Il y a deux mois, le médecin qui fut appelé, fit appliquer sur la région une

emplâtre de ciguë, et peu de jours après, elle s'ouvrit par l'ombilic, donna un issue à une notable quantité de liquide d'une fétidité repoussante. A partir de ce moment, la tumeur diminuait de volume de jour en jour, la fistule s'oblitére et la maladie est restée stationnaire.

A l'entrée, la tumeur s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; en haut ses limites semblent se continuer avec les parois stomacales jusque sous l'appendice xyphoïde. Profondément elle est adhérente à différents organes. Au pourtour de l'ombilic, on sent que la paroi abdominale n'est pas libre et qu'elle fait corps avec la surface de la tumeur. Pas de mobilité latérale. Matité partout. Rien d'anormal à la région hépatique. Les vomissements ont lieu, mais ils sont rares, bilieux ou alimentaires ; ils n'auraient été noirs que pendant quelques jours d'après les rapports de la malade. Sensations de bosselures irrégulières et dures à la surface de la tumeur. Peau couleur jaune paille. Pouls très faible.

Le 15 ; elle a quelques vomissements de bile.

Le 20 ; on examine les selles ; elles ne sont pas noires ; on applique une emplâtre de ciguë sur l'épigastre.

Le 26 ; la tumeur s'ouvre pour la seconde fois par l'ombilic. Il s'écoule par l'orifice de la tisane et du lait caillé. Deux jours après oblitération de la fistule. La malade meurt le 5 janvier.

AUTOPSIE. — On trouve un squirrhe de l'estomac, dont le début s'est fait très probablement dans le pylore. Les parois antérieures et postérieures sont envahies par le cancer dans toute leur moitié inférieure. Le lobe gauche du foie, le pancréas ont contracté des adhérences avec elles et présentent la même dégénérescence sur plusieurs parties. En ouvrant la poche stomacale ; on remarque que la paroi antérieure près de l'orifice du pylore est fortement ramollie, et qu'au-dessus, les parois abdominales sont venues contracter des adhérences avec elle.

En introduisant un stylet par l'ombilic, on peut voir qu'il arrive dans la cavité de l'estomac. Cette partie se sera donc ulcérée, ramollie. La paroi aura contracté des adhérences avec le péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen ; de là, l'adhérence et cette communication de l'estomac au dehors.

OBSERVATION XI

Fistule stomacale. — *Lambl* (in *Gaz. médic. de Paris* 1874, p. 230).

Il s'agit d'un homme de 40 ans, chez lequel il s'était formé, à la région épigastrique, un abcès qui fut ouvert au moyen de la pâte de Vienne. Après l'opération, il reste une ouverture de la grandeur d'un demi-pois à deux centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Les médecins qui l'avaient soigné pendant une année entière, avaient cru à un abcès du foie.

Le docteur Lambl, après avoir examiné le malade, put introduire une sonde dans la fistule, à 40 centimètres de profondeur, dans la direction du bord inférieur de la septième côte. Le foie était hypertrophié, mais sans nodosités palpables. Dans le liquide qui sortait par l'ouverture de la fistule, le microscope démontra la présence de cristaux de margarine (du lait caillé), des fibres musculaires, des parties végétales, des cellules de la muqueuse de l'estomac et des globules de pus (du trajet fistuleux). Le docteur Lambl conclut à une maladie de l'estomac, c'est-à-dire à un ulcère ou à un cancer de ses parois. Le malade mourut par suite d'hémorrhagie interne.

AUTOPSIE. — On trouve la présence d'un cancer médullaire sur les parois de la petite courbure de l'estomac. Point d'altérations aux extrémités pylorique et cardiaque. Les glandes lym-

phatiques environnant l'estomac étaient dégénérées et le foie rempli de tumeurs cancéreuses, qui, cependant ne faisaient pas saillie à la périphérie. L'estomac et le foie adhéraient en partie à la paroi antérieure abdominale, et, à l'endroit de cette adhérence, on trouva le trajet fistuleux qui contournait le lobe gauche du foie, traversant de bas en haut la paroi abdominale et allait s'ouvrir dans le creux de l'estomac sur la ligne blanche. Les parois du trajet fistuleux étaient lisses et offraient des culs de sac allant au périchondre de la côte voisine. L'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle étaient remplis de sang coagulé. L'hémorrhagie avait eu lieu par suite de l'ulcération cancéreuse des branches de la veine porte qui furent trouvées vides dans le lobe gauche du foie.

OBSERVATION XII

Cancer de l'estomac — Fistule gastro-cutanée. — *Auger* (in bull. soc. anat. 1875, p. 708).

Le 22 juillet 1875, entré dans le service de M. le Docteur Guyot, la nommée M... Rosa, âgée de 49 ans, lingère. Cette femme se plaignait de douleurs à l'épigastre, de digestions difficiles ; elle vomissait fréquemment, mais jamais elle n'avait rendu de sang, soit par la bouche, soit dans les selles. A la palpation de la région épigastrique, on sentait une tumeur mal limitée, dure, douloureuse à la pression, tumeur qui était indépendante de la paroi abdominale. On fit le diagnostic du cancer de l'estomac et on prescrivit le régime lacté.

Quelque temps après son entrée, cette femme fut prise de fièvre le soir ; la tumeur épigastrique augmenta rapidement,

envahissant la paroi abdominale ; puis la peau rougit, devint douloureuse à la pression, et par la palpation on trouva de la fluctuation.

Une ponction fut faite avec un bistouri au centre du point fluctuant, à deux ou trois centimètres de l'ombilic et à gauche, mais sur une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Cette incision donna issue à un crachoir de pus louable sans odeur particulière. Une sonde en gomme, introduite par cette ouverture pénètre à 5 ou 6 centimètres. A la suite de cette évacuation de pus, la fièvre tombe, la malade mange sans vomissements ni douleurs.

Vers le 16 septembre, un mois environ après l'ouverture de l'abcès, on voit la peau s'amincir tout autour de l'incision, rougir, s'ulcérer dans la largeur d'une pièce de 5 francs en argent, puis gagner l'ombilic. Au fond de la plaie, on trouve des bourgeons végétants et fongueux. Il s'écoule une sanie purulente d'odeur fétide.

Vers le 1^{er} octobre, la trace de la cicatrice ombilicale a complètement disparu, et on trouve à ce niveau une vaste ulcération de la largeur de la paume de la main, à bords décollés, rougeâtres, laissant émerger trois gros champignons fongueux présentant ensemble le volume du poing. A cette époque l'écoulement est très abondant et tellement fétide, qu'il faut isoler la malade. Tout autour de l'ulcération, la paroi abdominale dans une zone de 50 centimètres environ, est rouge, reposant sur une plaque d'induration assez épaisse. Outre l'écoulement de pus, on voit sortir au milieu des champignons, quelques bulles de gaz, mais pas de liquides stomacaux.

L'état général est très mauvais, la malade a beaucoup maigri, ne mange plus et présente une teinte cachectique très prononcée.

15 Octobre. — Les champignons cancéreux ont beaucoup

augmenté de volume. Ils se sphacèlent et la chute des parties mortifiées donne lieu à des hémorragies très difficiles à arrêter. Outre les gaz, la plaie abdominale laisse écouler au dehors tout ce que prend le malade. Les potages s'écoulent immédiatement au dehors par la fistule gastrique.

La malade succombe le 16 novembre 1875.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une assez grande quantité de sérosité citrine dans l'abdomen, avec quelques flocons fibrineux.

Les intestins ne sont point adhérents entre eux ; mais ils présentent un très petit calibre.

Seule, la paroi antérieure de l'estomac adhère à la paroi abdominale et seulement dans l'étendue de l'ulcération de la peau.

A l'ouverture de l'estomac, on trouve, vers l'extrémité pylorique de ce viscère, un bourrelet blanchâtre saillant, dur à la coupe, formé par du cancer squirrheux. Depuis cet anneau jusqu'au pylore, la paroi stomacale est infiltrée de tissu cancéreux, et présente une cavité à la partie antérieure de laquelle s'ouvre la fistule qui traversait la peau. La paroi abdominale adhère au pourtour de cette ouverture.

Mais au niveau de la paroi latérale gauche de la région ombilicale, le tissu cellulaire sous-cutané est mortifié et la peau est décollée dans toute cette étendue.

On trouve sur le bord antérieur du lobe latéral droit du foie, une masse de cancer encéphaloïde infiltrée dans le tissu de cet organe. Les ganglions mésentériques sont sains.

OBSERVATION XIII

Carcinome de la paroi antérieure de l'estomac. — Extension à l'épiploon et au péritoine pariétal. — Phlegmon consécutif. — Ouverture au niveau de l'ombilic. — Mort. — Autopsie. — *Teissier* (in *France médicale*, 1875, n° 73, 11 Sept. p. 585).

A la fin du mois de janvier 1875, entrant à l'Hôtel-Dieu, Salle Saint-Roch, une malade d'une cinquantaine d'années, d'un aspect éminemment cachectique, et présentant, dans la région péri-ombilicale, une tumeur parfaitement bien limitée.

Dès son arrivée, elle fut soumise à l'examen le plus minutieux ; et voici ce que révéla l'étude des antécédents, complétée par l'examen direct.

Cette femme est ménagère, malgré une santé habituellement bonne, elle peut être regardée comme anémique. Son grand-père et son frère ont succombé à une hémorrhagie foudroyante et sa mère a été enlevée par un squirrhe utérin. Néanmoins elle est arrivée jusqu'à l'âge de 47 ans, sans avoir à se plaindre de son état général, que n'avaient pas ébranlé non plus quatre accouchements rapprochés.

A cette époque, ses digestions se troublèrent, elle avait des renvois, était forcée de recourir à une alimentation de choix ; présentait des alternatives de constipation et de diarrhée ; enfin tout le cortège symptomatique d'une dyspepsie gastro-intestinale. Mais ces malaises ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations car elle ne souffrait pas.

Il y a 3 mois, elle commença à ressentir dans le flanc gauche, des douleurs sourdes, profondes, qui s'irradièrent bientôt

BrechotEAU

dans toute la portion antéro-latérale gauche de l'abdomen, toutefois, elle pouvait encore marcher et ne dut pas interrompre son travail.

Mais le 28 mars, elle sentit, en se palpant le ventre, quelque chose d'empâté, de dur, de résistant autour de l'ombilic : elle eut quelques inquiétudes et elle se décida à solliciter son admission à l'Hôtel-Dieu. Jamais elle n'avait eu de coliques ou de vomissements.

En explorant avec soin la région malade, on avait, à la palpation, la sensation d'une dureté arrondie, d'un diamètre moyen de 0^m12 ; dureté bien circonscrite, malgré quelques points de sa circonférence où elle échappe à l'exploration ; elle est aplatie, mobile, d'une consistance plus ferme autour de l'ombilic, ne paraissant pas enfin venir du foie, ni communiquer avec les reins ou l'intestin. La percussion confirme les données de la palpation, et permet de circonscrire une large zone de matité, entourée dans toute sa périphérie d'une zone sonore.

En présence de pareils symptômes, en présence surtout d'une constitution fortement délabrée et d'un aspect profondément cachectique, la première pensée qui devait venir à l'esprit était que cette femme devait être atteinte d'une dégénérescence ayant envahi le péritoine et l'épiploon, et s'étendant jusqu'à l'intestin. Toutefois, la marche consécutive, des symptômes devait prendre une allure propre à ébranler un peu cette première supposition.

Quelques jours après son entrée, en effet, la malade ressentit des douleurs assez vives, bien localisées autour de l'ombilic, et le lendemain du jour où ces douleurs s'étaient manifestées, il fut donné d'observer une sécrétion humorale, crémeuse, bien liée, qui sortait par l'ombilic et qui s'écoulait en plus grande abondance lorsqu'on pressait mécaniquement sur la surface de la tumeur. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux pénétrait à

4 ou 5 centimètres, et son extrémité semblait flotter librement, mais dans un espace mal limité.

D'où pouvait venir une semblable sécrétion ? Était-ce un simple phlegmon de la paroi abdominale comme Ledran en a cité des exemples ? L'absence de tout antécédent spécial traumatique faisait rejeter cette hypothèse. La suppuration était aussi trop crémeuse pour faire supposer l'existence d'un kyste placé entre le péritoine et la paroi de l'abdomen. Ce n'était pas non plus un abcès du foie ouvert au niveau de l'ombilic, l'intégrité des fonctions de l'organe, l'absence d'ictère, la mobilité de la tumeur, son isolement, tout combattait cette opinion. Le kyste hydatique était inadmissible ; il n'y avait pas eu d'hydatides expulsées. Toute la série des fistules biliaires et urinaires devaient être éliminées. Enfin l'intégrité de l'excrétion urinaire dénotait l'absence complète d'une altération du rein.

Fallait-il donc croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse ulcérée ? Le fait parfaitement possible, pouvait pourtant être révoqué en doute, vu la nature de la suppuration qui n'avait rien d'ichoreux ni de fétide. Ce qui était le plus rationnel à admettre, c'était l'existence d'une péritonite partielle ayant son point de départ dans une altération cancéreuse ou tuberculeuse du mésentère, péritonite que la marche de la maladie et les antécédents pathologiques, autorisaient à admettre ; mais dont la nature intime ne pouvait être déterminée.

Un traitement fut institué dans ce sens, on eut recours aux toniques, aux préparations arsenicales et aux pilules de perchlorure d'or et de soude. Mais la cachexie fit de rapides progrès et la malade mourut le 12 juin 1875.

AUTOPSIE. — L'autopsie partielle seule a pu être pratiquée : elle révéla bien l'existence d'une péritonite partielle autour de l'ombilic comme on l'avait supposé. A ce niveau existait un foyer limité et des adhérences périphériques formant une masse com-

pacte entre le péritoine, l'épiploon et l'estomac. Mais ce foyer communiquait en arrière avec une énorme tumeur de l'estomac, tumeur ulcérée, siégeant sur la grande courbure et n'oblitérant pas l'orifice pylorique. La surface végétante de cette tumeur regardait le péritoine, laissant pour ainsi dire intacte la muqueuse gastrique. De plus le petit doigt introduit dans les anfractuosités du néoplasme, pouvait pénétrer jusque dans la cavité stomacale qui a été trouvée relativement saine : fait qui peut expliquer pourquoi la malade n'a jamais eu ni hématemèses, ni vomissements.

OBSERVATION XIV

Cancer de l'estomac. — Perforation de la paroi abdominale. —
Communication de l'estomac avec le colon transverse. —
Dudon (Bordeaux médical, 7 fév. 1875, T. IV, n° 6, p. 41).

Pugaut Marie, née à Meuret (Landes), âgée de 44 ans, habite à Belin depuis de longues années. Elle entre pour la première fois à l'hôpital Saint-André le 13 décembre 1874 (salle 3, lit n° 16) pour une tumeur qu'elle porte sur la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre gauche.

Elle a toujours joui d'une santé relativement bonne ; elle a eu 8 enfants dont 4 encore vivants et bien portants. Son père mort d'une maladie, sur laquelle elle ne peut donner aucun renseignement. La mère vit encore et n'est pas malade. L'une de ses sœurs est dans une salle voisine avec un cancer de l'estomac.

Depuis le mois de février 1874, elle a éprouvé des douleurs dans l'estomac, lentes et sourdes, s'exagérant de temps en temps et prenant un caractère d'acuité très grande. Peu habituée à

mesurer son appétit, et à se rendre compte de ses sensations, elle ne peut donner aucun renseignement sur les phénomènes qui purent se passer alors du côté du tube digestif. Ce qu'elle assure, c'est qu'elle n'a jamais vomi, qu'elle n'a jamais eu de diarrhée et qu'au contraire elle est ordinairement constipée.

Elle attribue le développement de la tumeur pour laquelle elle vient demander des soins, à une chute qu'elle fit sur le côté dans le courant du mois d'août dernier, pendant qu'elle travaillait dans les champs. Eprouvant une vive douleur dans le côté gauche, elle s'alita pendant quelques jours et reprit ensuite son travail. Peu de temps après, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dure, douloureuse, un peu rouge, sur son hypocondre gauche ; en même temps elle fut prise de fièvre et fut obligée de garder le lit de nouveau. Un médecin, appelé près d'elle, ordonna des pilules de quinine à l'intérieur et des frictions huileuses sur la tumeur. Celle-ci loin de disparaître fit des progrès, se ramollit au centre et resta stationnaire jusqu'au jour où elle se présenta à notre examen.

Ce qui frappe tout d'abord, en approchant du lit de la malade, c'est son aspect extérieur, dénotant la plus grande misère physiologique. En effet, ses traits sont tirés, son visage profondément amaigri, ses yeux languissants, tout son corps est dans un état d'émaciation très grand ; sa faiblesse est extrême ; c'est à peine si elle peut se soutenir sur ses jambes ; sa voix cassée peut à peine articuler un son, sa peau ridée et sèche a une couleur jaunâtre. Depuis longtemps elle a perdu tout appétit ; elle refuse obstinément de prendre quelque peu de viande et de bouillon et préfère des légumes et de la salade fortement assaisonnée. Elle n'a pas de fièvre, les organes respiratoires paraissent sains.

Quant à la lésion locale, qui l'a amenée à l'hôpital, voici en quoi elle consiste :

C'est une tumeur siégeant dans la région de l'hypochondre gauche, au niveau de la grande courbure de l'estomac ; sa forme est celle d'un ovoïde à grand diamètre transversal, son volume égal celui d'un œuf ; à sa surface, la peau est tendue, amincie, très brune ; autour d'elle, au contraire, elle est flétrie. Par la palpation, on s'aperçoit que la tumeur réelle ne consiste pas seulement en la saillie visible à l'œil, mais qu'elle s'étend tout autour de ce centre convexe dans une étendue de deux à trois centimètres ; de telle sorte que cette masse morbide à une longueur de dix centimètres dans le sens transversal sur 7,08 dans le sens vertical. Cette zone périphérique est dure, résistante, comme empâtée ; la peau ne glisse pas sur elle ; elle semble, au contraire, faire corps avec elle ; le centre saillant, est dépressible, fluctuant, très aminci. L'ensemble de la tumeur paraît se confondre avec le plan sous-jacent (grande courbure de l'estomac) ; cependant, l'extrémité des doigts, enfoncée profondément à la périphérie, donne la sensation d'un rebord épais, détaché des organes situés au-dessous. La percussion dénote une matité assez grande, malgré la présence de l'estomac au-dessous de la tumeur. L'auscultation révèle la présence de bruits intestinaux.

La paroi abdominale paraît d'ailleurs saine, à sa partie inférieure, elle offre de nombreuses vergetures. Ayant partout conservé sa souplesse, elle n'est pas tendue ; cependant en certains endroits, elle présente des masses globuleuses, dessinant les replis intestinaux.

Une circonstance digne d'être notée, c'est l'existence de deux ganglions très durs dans l'aisselle correspondant à la tumeur et de deux autres sur la partie latérale du thorax du même côté.

Le 15 décembre, après une ponction exploratrice, ayant donné issue à une gouttelette de pus, une lancette est plongée

dans le point fluctuant de la tumeur. Un flot de pus, évalué à un peu plus d'un demi verre s'en échappe. Ce pus crémeux, bien lié, de bonne nature en un mot, ne répandait aucune mauvaise odeur. Une mèche de charpie est introduite dans la plaie pour prévenir l'adhérence des lèvres ; un gâteau de charpie, retenu par un bandage de corps, complète le pansement.

Le lendemain 16, l'abondance de la suppuration et son peu de tendance à s'écouler au dehors, engagent à faire pénétrer un drain dans le foyer de l'abcès ; en même temps la malade est invitée à se coucher sur le côté gauche.

Bientôt le foyer s'enflamme, les lèvres de la plaie se tuméfient, deviennent rouges et douloureuses ; le drain est enlevé et des cataplasmes émollients sont maintenus pendant quelques jours sur la tumeur.

Cette inflammation rétrograde assez rapidement et la cicatrisation semble être en bonne voie, lorsque la malade réclame son exeat à grands cris. Il lui est accordé le 23 décembre.

La femme Pugaut se rend dans son village. Loin de tous secours intelligents, en proie à la misère la plus profonde, elle voit, non seulement son abcès n'avoir plus aucune tendance à la guérison, mais encore son état général s'aggraver rapidement de jour en jour. Elle se décide à revenir à l'hôpital le 2 janvier 1875.

Le tableau clinique qu'offre alors toute sa personne indique une profonde détérioration de l'organisme ; sa maigreur est encore plus grande que la première fois ; elle n'a plus la force de marcher ; à peine peut-elle parler pour se plaindre de ce qu'elle éprouve.

La plaie de l'hypochondre est peu vivace ; les quelques bourgeons charnus qui s'y voient, sont blafards et saignants au moindre contact. Un pus mal lié séjourne dans les anfractuosités du foyer. Par la pression et la position déclive, il est ex-

pulsé ; et des mèches de charpie, imbibées de vin aromatique, sont chargées de réveiller la vitalité des parois de l'abcès. En même temps, le traitement tonique déjà institué est continué (extrait mou de quinquina, vin vieux, alimentation) ; malheureusement la pauvre femme s'obstine à refuser tout régime réparateur, aussi les phénomènes généraux s'aggravent-ils rapidement. Le 5 janvier, un peu d'œdème malléolaire, se montre aux membres inférieurs, il s'étend promptement et après trois jours, les membres pelviens étaient complètement infiltrés. Le ventre aussi augmente considérablement de volume dans l'espace d'un jour ; sa forme globuleuse, la sonorité qu'il présentait dans toute son étendue, indiquaient qu'on avait simplement affaire à du tymponisme.

Le tube digestif, qui avait paru sain jusqu'à ce moment, devient le théâtre de phénomènes très sérieux. Une diarrhée très abondante, constituée par des matières noirâtres survint tout à coup. Du côté de la partie supérieure du canal digestif, rien d'anormal ne se montre.

Pendant ce temps, les parois de l'abcès, ne trouvant plus d'éléments de réparation dans un organisme aussi délabré, étaient envahies par une ulcération lente, mais progressive. La sécrétion, qui jusqu'au 12 janvier, avait conservé un aspect relativement bon, se modifia. Sa couleur de blanc jaunâtre, devint brune, en se desséchant sur les linges à pansements et sur les bords de la plaie elle forma des taches noirâtres ; des grumeaux assez volumineux, apparurent aussi flottant dans son intérieur, elle prit l'odeur repoussante des abcès qui siègent au niveau des orifices du conduit digestif.

Les choses en étaient là, lorsque dans la nuit du 20 au 21 janvier, la malade se sentit tout à coup mouillée par un flot de liquide sortant de la plaie et qui se répand dans le lit. L'infirmière dut aussitôt enlever le liquide qui souillait le lit, mais elle

laissa le bandage de corps. Instruit de ce qui s'était passé, le lendemain, à la visite du matin, on examine avec soin le liquide qui imprègne la charpie recouvrant la plaie. Sa couleur est chocolat ; il a une odeur aigrelette analogue à celle que l'on perçoit lorsqu'on fait l'autopsie d'un estomac sain ; on trouve sur les pièces de pansement de petits corps de diverses couleurs et de consistances différentes, qui, analysés avec soin, semblent être des fragments d'aliments, ayant subi un commencement de digestion ; un de ces corps est manifestement reconnu pour un fragment de salade intact. Le catéthérisme de la plaie, conduit dans un vaste réservoir, on manœuvre en tous sens l'extrémité de la sonde.

Un pansement à plat, avec gâteau de charpie oblitère l'orifice de la plaie.

Le même jour, à trois heures, en changeant la charpie, on trouva sur les bords de l'orifice béant des parcelles de jaune d'œuf que la malade a prise la veille.

Depuis ce jour, l'état de la malade était de plus en plus mauvais ; une bonne partie des aliments sortaient intacts par la fistule d'une part ; une diarrhée séro-sanguinolente l'épuisait d'autre part.

La mort eut lieu dans la nuit du 23 au 24 janvier.

AUTOPSIE. — Fut pratiquée 48 h. après la mort. Le cadavre est infiltré de toute part. Il n'y a pas de liquide dans la cavité péritonéale, mais un vaste épanchement séreux existe dans la plèvre. Les organes contenus dans le thorax sont sains. Les téguments de l'abdomen sont adhérents à la grande courbure de l'estomac ; et la fistule communique directement avec l'intérieur de sa cavité. Ouvert et étalé sur la table, l'estomac présente une vaste ulcération grisâtre, tachetée de points noirs et indurés, ulcération siégeant sur la grande courbure. En regard de celle-ci, sur la petite courbure, on trouve aussi une plaque ulcérée,

moins grande, ayant les mêmes caractères. Partout ailleurs la paroi stomacale paraît indemne, le cardia et le pylore sont absolument intacts.

De même que la peau, le côlon transverse adhère intimement à la partie inférieure de la grosse tubérosité de l'estomac ; et après l'avoir fendu, il est facile de voir que les deux viscères (estomac et gros intestin) communiquent ensemble par une ouverture de la dimension d'une pièce de 5 francs au moins.

Des ganglions assez nombreux, très durs, existent isolés çà et là dans le mésentère. Une grosse masse ganglionnaire entoure le pancréas.

L'intestin grêle ne présente rien d'anormal. Les autres visères sont sains, seule la rate est un peu hypertrophiée.

OBSERVATION XV

Fistule ombilicale. — Cancer latent de l'estomac. — *Monod* (in *Bullet. de la Société anat.* 1877, p. 88).

Antoinette C..., âgée de 66 ans, entre le 7 février 1877 dans le service de M. Panas à Lariboisière. Elle ne présente pas d'antécédents héréditaires ; la santé antérieure a toujours été bonne.

La maladie actuelle remonte à six mois environ. Au mois d'octobre 1876, la malade a été obligée de cesser son travail. Depuis quelque temps déjà, elle éprouvait des malaises mal déterminés, tels que diminution de l'appétit, sensation de fatigue, amaigrissement. Ces symptômes sont allés en s'accroissant toujours davantage. Si on excepte une diarrhée intermittente,

les fonctions digestives n'ont pas présentées de troubles appréciables. Il n'y a jamais eu de vomissements. La malade offre à son entrée un aspect cachectique prononcé. Le teint est subictérique, les muqueuses sont décolorées. On constate des pétéchies sur les membres inférieurs, et de l'œdème des membres inférieurs. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal.

A l'inspection de l'abdomen, on remarque une tuméfaction diffuse qui soulève la cicatrice ombilicale ainsi que la région avoisinante. La peau a conservé sa coloration normale. On peut limiter aisément la tumeur par la palpation, elle est étalée, d'un volume comparable à celui d'une moitié d'orange. Elle est mate à la percussion. La matité se continue en haut et à droite avec celle du foie. Du côté gauche à 5 ou 6 centimètres de l'ombilic ; au-delà des limites de la tumeur on retrouve la sonorité des anses intestinales.

La pression, même légère, au niveau de la tumeur est très douloureuse, surtout au-dessous de l'ombilic. Au sommet de la cicatrice ombilicale, soulevée et dépliée existe un orifice fistuleux, admettent le bec d'une sonde cannelée. Il en sort un liquide, séreux, roussâtre, inodore, qui s'écoule avec plus d'abondance lorsqu'on presse sur la tumeur ; quelques gaz, s'échappent par instant avec ce liquide. Un stylet introduit dans la fistule, pénètre dans une petite poche sous-cutanée, formée par la cicatrice ombilicale dépliée ; mais on ne parvient pas à le faire pénétrer plus profondément. La fistule est de date récente ; la malade ne peut donner d'indications précises sur l'époque de sa formation.

Malgré l'absence de vomissements et de tout phénomène gastrique, M. Panas, se fondant sur un cas analogue, qu'il avait eu l'occasion d'observer, porta le diagnostic de cancer stomacal.

Pendant les 15 jours qui suivent l'entrée de la malade, l'affaiblissement fait des progrès rapides, l'œdème augmente ; la

teinte cachectique s'accuse. Elle succombe, le 24 février sans présenter de symptômes nouveaux.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale renferme une petite quantité de liquide roussâtre, analogue à celui qui s'écoulait par la fistule ombilicale. Les anses intestinales sont vascularisées ; elles ont un aspect dépoli et poisseux par places. En un point, il existe une forte adhérence de l'épiploon avec la paroi abdominale antérieure. Le petit bassin contient quelques cuillerées d'un pus vert, bien lié.

La région ombilicale forme une masse compacte reliant ensemble l'estomac, le colon transverse et le duodenum. Tous ces organes sont enlevés en masse. La petite courbure de l'estomac adhère intimement dans toute son étendue au bord antérieur du foie ; on ne trouve pas trace de l'épiploon gastro-hépatique. En ouvrant l'estomac on voit au voisinage du pylore, une large surface ulcérée, recouverte de détritits d'un gris noirâtre. Cette surface occupe surtout la face antérieure ; elle a envahi un peu la face postérieure. Au-delà de cette ulcération dont les bords sont irréguliers, la muqueuse est absolument saine ; elle présente seulement une légère vascularisation. La perte de substance, qui intéresse toutes les tuniques de l'estomac, est comblé par le tissu hépatique adhérent à l'estomac.

Du côté de l'ombilic, on trouve, au fond de la poche sous-cutanée que nous avons décrite, un petit orifice admettant un stylet de trousse, par lequel, on pénètre dans la cavité stomacale. Les différentes couches de la paroi abdominale autour de l'ombilic (muscles et aponévroses) sont fortement adhérents et forment une masse indurée compacte que traverse le trajet fistuleux.

Le colon transverse communique par un trajet oblique long de 5 à 6 centimètres avec cette poche formée par l'estomac et le lobe gauche du foie.

La valvule pylorique qui reste perméable, établit la limite du néoplasme, le duodenum ne présente pas d'aliment. Les autres viscères sont sains.

OBSERVATION XVI

Fistule gastro-cutanée consécutive à un cancer de l'estomac.

Leftaive, (Bulletin de la Société Anat. 1885, p. 333).

Le nommé Pir... (Charles), âgé de 62 ans, entre le 4 mai 1885, à l'hôpital Beaujon, service de M. Labbé, premier pavillon, lit numéro 50.

Depuis six mois, ce malade jusque-là bien portant, s'est mis à maigrir ; il a perdu l'appétit, surtout pour la viande. Il n'a pas eu d'hématémèse ; mais il a fréquemment des vomissements alimentaires ou glaireux. Il est depuis ce temps, sujet à des alternatives de diarrhée et de constipation. Sans cause apparente, depuis huit jours, la région située au-dessous des fausses côtes droites est devenue douloureuse, puis tuméfiée et enfin rouge.

Au moment de son entrée à l'hôpital, dans un espace limité en dedans par la ligne médiane, en haut et en dehors par les fausses côtes, en bas par une ligne transversale faisant par l'ombilic ; on constate une tuméfaction considérable rouge et fluctuante ; on reconnaît ainsi l'existence d'un vaste abcès de forme elliptique, à grand diamètre transversal dont l'ouverture spontanée est imminente. Cet espace est mat ; le reste de l'abdomen est souple et sonore. L'exploration du foie, autant qu'elle est possible, n'indique rien de particulier. Le diagnostic porté est abcès au voisinage d'un cancer de l'estomac.

5 mai. — La région occupée par l'abcès est sonore aujour-

d'hui. A son extrémité droite, il semble que l'on sent profondément une partie dure qui doit appartenir à l'estomac. Une ponction pratiquée dans l'abcès avec un gros trocart, donne issue à des gaz très fétides. L'abcès est ensuite incisé au thermocautère. Il en sort du pus épais sans matières alimentaires. Lorsque le foyer est évacué, on voit que la cavité de l'abcès se prolonge sous les muscles. Le prolongement est incisé, et alors on aperçoit au fond de la plaie, un noyau blanchâtre de tissu cancéreux du volume d'une noisette. Comme pansement, on bourre la plaie de gaze iodoformée.

10 mai. — Une légère amélioration a été la conséquence de l'opération. Mais les jours suivants, cette amélioration disparaît. L'amaigrissement fait des progrès rapides. L'état local est stationnaire et par la plaie il ne sort pas de liquides stomacaux. Le malade est pris de délire tranquille ; il veut toujours s'habiller, s'imaginant qu'on le met à la porte de l'hôpital. Le jour, il est assez calme, et dort beaucoup ; la nuit, il s'agite ; à partir du 25 mai, on est obligé de l'attacher. Il meurt le 28 mai à huit heures et demie du matin.

AUTOPSIE: — *Le 29 mai.* En avant de la partie moyenne du sternum on trouve un petit abcès. Des adhérences unissent les poumons aux côtés ; les sommets sont farcis de groupes de petits tubercules commençant à jaunir. Il n'y a plus de lésions tuberculeuses anciennes. Dans le péricarde il y a un grand verre de sérosité. Le péricarde viscéral est soulevé par l'œdème surtout abondant à la base, à la pointe, au bord droit et le long des vaisseaux. L'origine de l'aorte est médiocrement athéromateuse.

La moitié pylorique de l'estomac est épaissie et très largement ulcérée. On trouve là les lésions d'un cancer en nappe, ayant peu de tendance à pousser des végétations. La face antérieure est adhérente au bord antérieur du foie et à la paroi abdominale. Une fistule partant de l'estomac s'ouvre au fond de

l'ulcère signalé plus haut. Le bord du foie est envahi par le cancer et traversé par la fissure. En dehors de cet envahissement par contiguité on ne trouve aucune généralisation du cancer dans le foie. Des ganglions volumineux se trouvent dans les épiploons.

OBSERVATION XVII

Fistule ombilicale et cancer de l'estomac. — *Feulard*.

(In archiv. gen. de Med. 1887, p. 158)

Jeune femme de 26 ans, entre, au commencement de Février 1885, à l'hôpital Lariboisière, se plaignant de douleurs dans le ventre, et dans un état de pâleur et d'anémie extrême. Comme antécédent pathologique, on trouve seulement la syphilis, contractée sept ans auparavant, et qui fut très exactement soignée. Pendant l'été de 1884, elle ressentit pour la première fois des douleurs abdominales qui furent assez vives pour l'obliger à garder le lit quelque temps. Il y eut même quelques vomissements, et la malade s'aperçut qu'elle maigrissait et qu'elle perdait ses forces. Elle se sentait suffisamment rétablie au commencement de l'hiver pour se rendre à Marseille ; mais bientôt les douleurs de ventre reparurent plus violentes encore, et la malade de nouveau s'alita : c'était au mois de Décembre. Peu après, elle revenait à Paris, et depuis cette époque, elle n'a pas cessé d'être malade.

Actuellement, elle est tourmentée par des douleurs de ventre continuelles, des vomissements et de la diarrhée. L'appétit est nul, l'amaigrissement est très marqué, la peau est décolorée, d'une couleur blanc mat ; les règles supprimées depuis trois

mois, ont fait place à une leucorrhée. L'attention est attirée tout d'abord, naturellement, sur l'état de l'abdomen. En effet, celui-ci, dans sa portion supérieure, est tendu et comme soulevé ; au niveau de la région sus-ombilicale, existe une tuméfaction dure, lisse, étalée, qui s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, et même descend un peu au-dessous de celui-ci ; elle se perd sur les côtés sans limite bien nette. Au niveau de l'ombilic, la peau semble adhérente à cette masse profonde ; elle est peu mobile aux environs ; elle est douloureuse à la palpation. Le ventre paraît sain dans sa moitié inférieure. Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. Il y a de la fièvre, la température est de 38°.

En face d'un état général mauvais, de la fièvre qui mine tous les jours la malade, des vomissements (ces vomissements sont alimentaires, parfois mélangés de matières bilieuses, mais ne contiennent jamais de sang), de la diarrhée, des douleurs abdominales, et de la tuméfaction périombilicale, on porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse chronique, malgré que l'examen des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire.

La malade fut mise au traitement par les toniques, et on appliqua sur la tumeur des cataplasmes laudanisés. Un accident qui se produisit quelques jours après sembla venir confirmer le diagnostic porté. Huit jours après l'entrée de la malade, on vit apparaître au pourtour de l'ombilic, surtout à la partie supérieure de la cicatrice, de la rougeur ; la peau distendue devint chaude et douloureuse (6 février) ; de la fluctuation apparut, et le 18 février, du pus se faisait issue par la cicatrice ombilicale ; le pus s'écoula en petite quantité ; c'était un liquide séreux, mal lié, grisâtre, sans mélange de gaz, sans odeur particulière. Cet accident n'amenda pas la marche de la maladie ; l'affaiblissement allait croissant, la malade rejetait tout ce qu'elle prenait,

la diarrhée était pour ainsi dire continue. L'écoulement de pus par l'ouverture ombilicale était peu abondant, sauf lorsqu'on pressait sur les parois abdominales, et l'on faisait alors sourdre une certaine quantité de liquide.

Sur ces entrefaites, la malade se met à tousser (7 mars), et l'on put constater dans la poitrine, quelques râles disséminés de bronchite. Au bout d'une dizaine de jours, la toux s'arrêta, mais la respiration restait rude au sommet du poumon droit (20 mars); et sa température oscillait toujours entre 38 et 39°. Alors survint un peu d'œdème malléolaire (26 mars); et le 8 avril, on constatait au mollet gauche, de la thrombose veineuse cachectique. L'état général empirait, et la malade s'éteignait le 18 avril, neuf semaines après son entrée à l'hôpital, sept semaines après la formation de cette bizarre fistule ombilicale.

L'autopsie nous ménageait une surprise. Une sonde connelée est d'abord introduite par l'orifice extérieur de la fistule et pénètre jusqu'au milieu de sa longueur dans une matière molle. Après l'incision de la paroi abdominale, on trouve en arrière de l'ombilic une masse fongueuse noirâtre, entourée et baignée de liquide sanieux. Cette masse adhère à la fois à la paroi abdominale et à la paroi stomacale, si bien qu'en faisant l'ouverture longitudinale pour l'ouverture du corps, l'estomac a été ouvert du coup. On peut alors constater que ce viscère, dans sa portion pylorique, a subi la dégénérescence cancéreuse; les parois sont épaissies et présentent l'aspect connu du cancer encéphaloïde; l'orifice pylorique lui-même est respecté. La paroi de l'estomac fait corps, avons-nous dit, avec la masse retro-ombilicale; mais il n'y a pas de perforation de la paroi stomacale. Des adhérences limitent sur les côtés cette bouillie cancéreuse.

La cavité abdominale contient un litre environ de sérosité; le péritoine et les anses intestinales sont indemnes; le poumon.

gauche est sain ; le droit renferme au sommet un noyau tuberculeux, ancien, cretacé ; les plèvres sont saines. En résumé, cancer de la région pylorique, production de végétation cancéreuses au devant de l'estomac. adhérences de celles-ci à la paroi abdominale, ramollissement de ces fongosités, suppuration et fistule ombilicale.

OBSERVATION XVIII

Magenkrebs mit Durchbruch nach aussen (Cancer de l'estomac ouvert à l'extérieur.) — *Fraëntzel* (1) (Chante Aanalén, p. 312, 1887. — Analyse in revue des sciences médicales 1888, p. 344).

Il s'agit d'un homme de 57 ans, qui présentait des symptômes attribuables au cancer de l'estomac. Il se fit à droite de l'appendice xyphoïde au creux épigastrique une grosseur fluctuante qui acquit les dimensions d'une tête d'enfant. Elle était remplie d'un pus fétide, ainsi que le montrèrent une ponction aspiratrice et une incision.

AUTOPSIE. — A l'autopsie, cancer du pylore ulcéré, dont l'ulcération communiquait avec la poche purulente ; épanchement sero-hémorrhagique à la base des deux plèvres ; péricardite plastique avec 100 grammes de liquide.

(1). *Fraëntzel* signale un cas analogue vu par *Kaster*.

OBSERVATION XIX

Cancer de l'estomac ouvert au niveau de l'ombilic. — *Moulonguet et Jondeau*. — (in *Bullet. soc. anat.* 1888, p. 472).

R..., 40 ans, entre le 13 mars à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, n° 5.

Cette femme, dont les parents vivent encore, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au mois de janvier dernier. Elle a eu deux enfants et est encore bien réglée. Au mois de janvier, elle a commencé à perdre l'appétit, à maigrir et à se plaindre de douleurs dans l'abdomen. Peu à peu ses forces ont diminué. En février, la malade s'alite, et pour la première fois elle a des vomissements alimentaires et bilieux, et à plusieurs reprises marc de café. Jamais de méloena. A la même époque, elle s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur à la région épigastrique. A son entrée à l'hôpital, la malade est très amaigrie, ne s'alimente plus, vomit et a des douleurs violentes dans l'estomac. On sent, sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, une tumeur large comme la main, irrégulière et mamelonnée douloureuse à la pression, mate, non adhérente à la paroi abdominale, et mobile sur les parties profondes. Elle n'obéit pas aux mouvements du diaphragme. Le diagnostic : cancer de l'estomac est évident.

Le 23. La tumeur adhère à la paroi abdominale. La peau est libre et normale.

10 *Avril*. — Au niveau de l'ombilic, la peau est rouge, tendue, lisse ; on sent une masse indurée qui se continue avec la tumeur, la cicatrice ombilicale se déplisse.

Le 20. A la place de la cicatrice ombilicale, existe une

phlyctène saillante, bombée, large comme une pièce de deux francs, transparente, on fond de laquelle on aperçoit une masse noirâtre, d'apparence sanieuse et putréfiée.

Autour de la phlyctène, dans un rayon de 5 centimètres, la peau a une consistance pâteuse qui correspond à une zone de tympanisme facile à constater à la percussion.

A ce moment, on fait mouler la paroi abdominale et la pièce est déposée au musée Saint-Louis.

Le 15. La malade meurt de cachexie.

AUTOPSIE. — 24 heures après la mort. Ulcération de l'ombilic, arrondie, large comme une pièce de 5 francs. La paroi abdominale infiltrée se détache facilement. On voit alors une masse noirâtre, putréfiée, étalée en filaments, donnant l'aspect d'herbages qui ont séjourné longtemps dans l'eau.

Elle a envahi toute la face antérieure de l'estomac sous-jacente au pylore. L'orifice pylorique est libre et on peut y introduire le doigt. La tumeur le contourne et a envahi la petite courbure de l'estomac. Elle adhère au duodénum et au côlon transverse.

La coupe montre que la tumeur est partout dégénérée et putréfiée, ce qui en rend l'examen histologique impossible. Il n'y a point de généralisation cancéreuse. L'épiploon est normal.

Le foie est gras, petit, il n'y a point de noyaux cancéreux secondaires. Les voies biliaires sont libres.

La rate est petite et diffluent.

Les reins paraissent normaux.

Le cœur est graisseux ; le myocarde a la coloration feuille morte.

Les poumons sont légèrement congestionnés à leur base.

L'intérus est normal, il n'y a rien du côté de la colonne vertébrale.

OBSERVATION XX

Cancer de la portion pylorique de l'estomac. Généralisation au foie, aux poumons, au mésentère. Fistule ombilicale faisant communiquer le foyer cancéreux primitif et l'extérieur. — *Macé* (in Bull. Société Anat., 1894, p. 309) et *Achard* (in Médec. Moderne, 1894, p. 1233).

P... Julien, âgé de 57 ans, tonnelier, entre le 2 mai, salle Trousseau, n° 17.

Nous ne relevons rien de particulier dans les antécédents héréditaires et collatéraux de notre malade. Lui-même a joui d'une santé relativement bonne jusqu'à 52 ans.

A cette époque, à la suite de douleurs stomacales de plus en plus prononcées, il va consulter une première fois un médecin, qui avait fait, au dire du malade, le diagnostic de gastralgie. Les troubles qu'il accusait à cette époque et qu'il ne soignait pas, vont en augmentant jusqu'au mois d'octobre 1893 ; il maigrit, ses forces diminuent, les troubles stomacaux (anorexie, douleurs) et des alternatives de constipation et de diarrhée augmentent ; et son état général devenant de plus en plus mauvais, il se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié, le 20 janvier 1894, salle Rostan, où mon collègue, M. Isidore, dans le service auquel il était entré, l'examine et trouve les signes suivants en plus de ceux qui avaient motivé son entrée à l'hôpital. Il existe au niveau de la partie latérale gauche de l'abdomen, en dehors et au-dessus de l'ombilic une « grosseur » dont le malade a constaté la présence il y a quelques jours.

Une douleur extrême est perçue par le malade au niveau

de cette tuméfaction ; elle est lancinante, continue, exagérée par la pression. Il va se former une collection purulente à ce niveau. M. Isidore porte de plus le diagnostic de cancer de l'estomac.

Le malade reste deux mois et demi à la Pitié ; les troubles ne font que s'accroître ; le dégoût pour la viande est complet ; une ouverture par laquelle du pus se met à sortir, se fait au niveau de l'ombilic.

Le malade se sentant mieux, et la fistule venant à se fermer, il quitte l'hôpital en avril. Mais, chez lui, les douleurs apparaissent plus violentes et avec des irradiations dans le bras gauche ; l'anorexie est presque complète ; et à peine y-a-t-il quinze jours qu'il a quitté la Pitié que la fistule ombilicale s'ouvre de nouveau et laisse écouler du pus en quantité : c'est alors que le malade se présente à Cochin.

A ce moment, il présente un aspect cachectique bien net : la figure amaigrie, le teint jaune paille. L'examen de l'abdomen permet de constater la présence, au niveau de la cicatrice ombilicale et dans ses replis, d'une petite ouverture par où s'écoule du pus en quantité assez abondante, surtout lorsqu'on vient à comprimer les parties voisines. Il n'y a jamais eu issue d'aliments ; on sent en effet une masse dure, allongée, qui, partant de l'ombilic, se dirige en haut et à gauche. Si l'on presse cette masse, on détermine une douleur violente, surtout au niveau de l'ombilic.

La percussion donne de la matité au niveau de la tumeur. Mais, de chaque côté, on rencontre une zone de sonorité bien nette, surtout à droite, dans un espace limité par un rebord costal et la tumeur à gauche.

Le reste du ventre est souple, très facilement explorable. On ne sent nulle part une nouvelle induration, ni profonde, ni superficielle et cutanée.

L'examen des ganglions permet de constater que les ganglions du pli de l'aîne des deux côtés sont perceptibles ; ceux du pli de l'aîne sont pris également. L'examen le plus minutieux ne découvre rien dans les régions sous-claviculaires.

Quant à l'état général ; il est des plus mauvais ; le malade ne peut avaler que quelques cuillerées de lait.

Le diagnostic du cancer de l'estomac est porté. Ce cancer doit s'accompagner de péritonite localisée et la fistule dans laquelle on introduit timidement un stylet, doit s'ouvrir dans l'estomac sans qu'on puisse rien affirmer de net.

Le 4 mai, le malade a vomi pour la première fois. L'état général est de plus en plus mauvais ; la fistule donne toujours du pus. Le malade meurt le 13 mai, à 9 heures du matin.

AUTOPSIE. — L'abdomen est ouvert par une incision courbe allant de l'appendice xyphoïde au pubis de la concavité gauche. De suite, on constate que dans l'hypochondre droit, le foie, le colon transverse et le colon ascendant, baignent dans une quantité assez abondante de sérosité très louche.

En soulevant alors le lambeau abdominal gauche, on note l'adhérence du grand épiploon à la paroi, suivant une ligne oblique en bas et à gauche et contournant la direction de la veine ombilicale. L'adhérence du grand épiploon existe sur une hauteur de cinq travers de doigt.

Voulant alors examiner le trajet de la fistule et ses connexions avec la masse indurée qui est perçue au palper ; une deuxième incision identique à la première, est faite sur la paroi, courbe, mais à concavité droite. Cette incision ouvre, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, un foyer purulent contenu dans la paroi, immédiatement au-dessous de la première aponevrose et de la grosseur d'une noix. L'incision continuée, permet de constater des adhérences intimes de la paroi et de la masse sous-jacente.

La cage thoracique est alors vidée.

Un peu d'épanchement séreux dans le péricarde. La face antérieure du cœur est recouverte de fausses membranes citrines dans toute son étendue. Le cœur, à part son aspect pâle feuille morte, ne présente pas de lésions microscopiques.

Les poumons n'adhèrent point ; mais au palper, on sent de place en place, des noyaux durs que la coupe reconnaît pour des noyaux secondaires du cancer. Il existe dans un sommet, un petit noyau crétaé, trace d'une tuberculose limitée et ancienne.

Le diaphragme est alors détaché et enlevé avec le foie et tous les viscères abdominaux.

Nous voyons d'abord, au niveau du foie hypertrophié, des noyaux cancéreux qui font saillie à sa surface. Trois occupent le bord inférieur du lobe droit, un très volumineux siège à la partie moyenne du même lobe qui, dans sa portion supérieure, est recouvert d'un exsudat pseudo-membraneux crèmeux, analogue aux fausses membranes développées dans le péritoine par le bactérium coli commune. La coupe du foie ouvre plusieurs nodules d'où il s'écoule un pus fluide visqueux et vert clair. La suppuration de ces noyaux est diffuse et se présente sous forme de petits foyers cancéreux absolument secs. L'examen du pus des noyaux a permis de constater la présence du bactérium coli commune.

L'estomac est nettement vertical et déborde le lobe gauche du foie. On sent déjà à sa partie inférieure, une masse dure, noire verdâtre. L'ouverture de l'estomac donne issue à un liquide granuleux, grisâtre et fétide. Après lavage, on constate la présence d'une tumeur molle, d'aspect encéphaloïde, située dans le région pylorique, et envoyant un prolongement vers la petite courbure.

Le doigt introduit à droite, constate que le pylore est béant

et n'est pas atteint par le cancer. Les reins sont pâles, sans nodosités.

La rate est grosse et recouverte d'un enduit crémeux, mais moins abondant que le foie.

Le mésentère est farci de petits nodules cancéreux jaunâtres.

La dissection des rapports de la fistule, du lambeau cutané et de la masse cancéreuse, a permis de reconnaître qu'un stylet introduit par la fistule, reparait par la cavité purulente située dans la paroi, que nous avons signalée à l'ouverture de l'abdomen. Cette cavité purulente envoie des prolongements dans diverses directions : la sonde cannelée en suit un en bas et à droite ; et aussi, dans un second diverticulum purulent moins développé que le premier et compris entre la terminaison de la grande courbure de l'estomac, au voisinage du pylore, et le colon transverse adhérent à l'estomac et au foie. De ce second diverticulum, la sonde, en remontant un peu à gauche, arrive aisément dans la portion pylorique de l'estomac.

Il y avait donc : cancer de la région pylorique de l'estomac, ouverture de l'estomac dans une poche purulente en bissac, à cheval pour ainsi dire sur l'ombilic ; et c'est la portion la plus volumineuse du bissac, la portion gauche qui communiquait par un trajet rectiligne avec la cicatrice ombilicale.

OBSERVATION XXI

Dieulafoy (In Sem. médicale, 1883, p. 3. Diag. du cancer de l'estomac).

En 1887, entré à l'hôpital St-Antoine dans le service de M. Dieulafoy, un homme d'une cinquantaine d'années, nullement Brechotéau

cachectique, présentant au pourtour de l'ombilic, une tuméfaction rosée, plus accusée dans la moitié supérieure de cette cicatrice que dans la moitié inférieure. Au bout de 48 heures, la rougeur était devenue intense, la tuméfaction avait doublé de volume, la fluctuation était manifeste. L'ouverture faite par M. Blum donne issue à du pus phlegmoneux franc, sans aucune odeur ; mais la cicatrisation ne se fit pas, un trajet fistuleux s'établit et parallèlement, l'état général de cet homme commença à devenir mauvais. Des troubles dyspeptiques, des hématomèses apparurent, le malade prit une teinte cachectique ; bref, il mourut quelques mois plus tard de cancer stomacal.

AUTOPSIE. — On trouva la paroi antérieure de l'estomac cancéreuse, adhérente à la face profonde de la paroi abdominale, et sous l'influence de cette irritation s'était développé le phlegmon sus ombilical.

OBSERVATION XXII

Ueber die Perforation des Magenscarcinoms nach aussen. —

E. Mislowitz (Inacoy, Dissert. Berlin, 1889, p. 13)

Femme de 37 ans, employée des Postes, fut admise le 29 janvier 1888 à l'hôpital de la Charité. A l'exception d'une scarlatine survenue dans son enfance, à la suite de laquelle il lui resta un peu de surdité, cette femme est restée jusqu'en mai 1887 bien portante. A cette époque apparurent quelques douleurs dans le côté gauche du foie, survenant au moment de la digestion et durant de 2 à 4 heures.

Pendant l'été, les douleurs furent intenses et durèrent plus longtemps ; elles étaient continues à la fin d'octobre, la malade

remarqua sur la ligne médiane de l'abdomen, à un doigt du rebord costal, une tuméfaction de deux marks, tumeur qui était très douloureuse à la pression et pendant les mouvements. La malade avait beaucoup de peine à se baisser.

Cette tuméfaction augmenta. A la fin de Mars dernier survinrent des vomissements pour la première fois ; elle en eut tous les soirs ensuite ; mais pas d'hématémèses. Malgré ces vomissements l'appétit fut conservé jusqu'à la fin de Décembre. Alors elle fut obligée de garder le lit ; l'appétit disparut ; les douleurs abdominales s'irradièrent vers les côtés et la colonne dorsale. Huit jours avant son entrée, les douleurs spontanées deviennent très violentes ; l'alimentation est très difficile (lait et viande hachée). Les vomissements ont cessé. Depuis deux mois et demi la malade aurait beaucoup maigri. A cette époque il y aurait eu quelques vomissements marc de café (incertain).

Etat 29 janvier 1888. — Amaigrissement. Cachexie. Langue épaisse. Sonorité normale des poumons. Au sommet droit diminution de l'expiration et quelques râles en avant et en arrière. Abdomen en forme de hernie à deux doigts au-dessous de l'ombilic, s'étendant à environ trois doigts à droite et à gauche en dehors de l'épine iliaque antérieure. La paroi abdominale est tellement minée au-dessus de ce gonflement qu'on palpe l'intestin comme sous un drap mince.

Au-dessus de l'ombilic on sent une tumeur d'environ trois doigts de large, étendue entre les arcs costaux. La limite supérieure de cette tumeur est mal déterminée et est séparée du foie par un profond sillon.

Cette tumeur ne suit pas les mouvements respiratoires. La palpation en est douloureuse. Le foie et la rate sont normaux, plutôt petits. Pas d'adénopathie sus-claviculaire gauche. Aucun œdème. Pouls rapide, 95 à 100 pulsations à la minute. Respiration 20. Temp. 37°. Urine 900 c. c. Poids spécifique 1010. Elle

est claire, acide, pas d'albumine. Peptonurie, un peu d'indican.
Poids de la malade 42 kilogs.

Diag. Carcinome.

Traitement. Repos au lit, diète, compresses humides sur l'abdomen.

30 Janvier. La malade est très faible ; l'appétit un peu meilleur ; elle boit du lait. Temp. 37° 9.

2 Février. Selles graisseuses.

3 Février. La tumeur est très douloureuse. L'appétit a diminué. La pression et les mouvements imprimés à la tumeur au-dessus de l'ombilic sont très douloureux. Le sang extrait par une saignée montre qu'il y a leucocytose. Temp. 38° 4.

4 Février. La tumeur située sous l'appendice xyphoïde est fluctuante, douloureuse. Temp. 38° 6.

5 Février. La tumeur encore plus grasse, atteint le volume d'une grosse noix ; la peau qui la recouvre est amincie et brillante ; la fluctuation très nette.

6 Février. Les douleurs sont intenses au niveau de la tumeur. Œdème des malléoles.

7 Février. On sent au-dessus de la tumeur de l'épigastre des pulsations. Urine 1300 c. c. P.-S. 1011. Temp. 38° 6.

8 Février. A la partie inférieure de la tumeur fluctuante s'est développée dans la journée une perforation. Il y a eu issue de 500 cent. cubes d'un pus de mauvaise odeur, jaune et granuleux. Temp. 37° 5.

Dans les membranes de ce pus existaient de très nombreuses fibres élastiques, des lambeaux de tissu conjonctif et des gouttelettes graisseuses. Il n'y avait ni matières alimentaires, ni cellules carcinomateuses.

11 Février. Douleurs violentes. Issue de pus par le fistule.

14 Février. L'examen du pus par le Professeur Erlich montre l'existence de corpuscules de pus, de nombreuses bac-

téries d'espèces variées; de fibres élastiques et de tissu conjonctif.

15 Février. La malade aurait eu un frisson la nuit dernière. Urine 1300. D. 4015. Temp. 38°.

17 Février. La fistule suppure beaucoup.

18 Février. Pas d'appétit. Douleurs.

19 Février. La main appliquée sur l'épigastre sent un frottement péritonéal. Douleurs au niveau de l'ombilic.

20 Février. Diarrhée. Temp. 37° 8.

22 Février. La tumeur épigastrique est moins douloureuse; elle semble plus petite; se vide par la pression; le pus est sans grumeaux. L'abdomen est plus tendu. La matité du foie peu diminuée.

24 Février. La tumeur est plus petite, moins douloureuse et ne sécrète plus de pus.

29 Février. Urine claire.

27 Février. Les membres inférieurs sont œdématisés et douloureux. Œdème du bras gauche. Selles peu abondantes et de mauvaise odeur.

28 Février. Œdème de la face. Temp; 38° 4.

29 Février. De nouveau, il s'écoule beaucoup de pus par la fistule.

3 mars. — Urine claire et sans pus. La tuméfaction à l'épigastre est diffuse. Le pus contient des flocons gros comme des lentilles. Vus au microscope, ils sont amorphes, en partie formés de petits grains de graisse. Pas de crochets d'échinocoques et rien qui rappelle l'actinomycose. Nombreuses bactéries et cocci.

4 mars. — La sécrétion purulente est plus abondante. La diarrhée continue.

5 mars. — L'œdème s'accroît. Le mollet droit est plus volumineux que le gauche. Circonférence du mollet à droite, 28 c.; à gauche 23. Le gonflement s'étend jusqu'au genou; le long de

la veine saphène. on sent à droite une corde douloureuse à la pression. La cuisse droite est très douloureuse. Temp. 37°.

9 mars. — Le visage est bouffi ; la peau couleur de cire transparente. Pouls veineux au cou.

13 mars. — Recherche ophtalmoscopique. Papille gauche pâle. Retine transparente et claire ; vaisseaux étroits et pâles ; aucune hémorrhagie. Sur l'œil droit, en haut de la pupille, une petite tache atrophique blanche.

17 mars. — L'abcès de l'abdomen s'est rouvert ; il coule un pus sans odeur. Diarrhée constante. Avec une sonde, on pénètre de 2 à 3 centimètres dans la fistule ; puis il y a un coude, et on peut pénétrer de 3 à 5 centimètres, et alors il s'écoule du sang. Une deuxième ouverture, située sous la première, conduit dans un trajet qui va en arrière et en haut et s'incline à gauche.

20 mars. — La sécrétion est moindre. La tumeur mesure 4 à 5 centimètres de large sur 14 à 12 de long. Température 38° 1.

24 mars. — Le pied droit est plus œdémateux et plus douloureux que le gauche.

28 mars. — A la pointe du cœur, premier temps plus marqué et souffle systolique. Temp. 37° 4.

29 mars. — La malade se plaint de douleurs lancinantes au niveau de la plaie. Fort souffle systolique de la pointe qui s'entend aussi au niveau du sternum. Sur la tumeur de l'épigastre, il y a une crépitation tellement nette, qu'on croit qu'il y a de l'emphysème sous-cutané. Elle s'entend au stéthoscope.

3 avril. — On fait la recherche du contenu stomacal ; trois heures après le premier déjeuner, on trouve dans l'estomac une grande quantité d'aliments. Au microscope, on y voit des gouttelettes graisseuses, des débris de pain, peu de bactéries. Par l'essai avec l'acide chlorhydrique, on trouve seulement la réaction du rouge Congo, tandis que la Tropoline et le violet de **Méthyle** donnent des résultats négatifs.

Examen du sang. — Grande diminution des globules rouges.

Examen ophtalmoscopique. — Comme précédemment.

Constipation. — Temp. 37° 8.

7 avril. — La tumeur de l'épigastre a 8 centimètres de long sur 7 de large ; les pulsations y sont plus fortes et la voussure plus évidente. La fistule s'est élargie et des granulations rouges pâles s'y développent.

11 avril. — Les granulations s'accroissent. Dimension de la tumeur : 14 cent. de long sur 7 de large.

14 avril. — Nombre des globules rouges : 1.340.000 par millimètre cube. Le rapport des globules blancs aux rouges, est de 1.168

15 avril. — Souffle systolique rude. Voussure plus grande de la tumeur épigastrique.

Au cou, pouls veineux anachrote qui est beaucoup plus fort dès qu'on comprime la veine sur l'autre côté du cou.

17 Avril. — La tumeur devient gangréneuse. Mauvaise odeur. Inégalité pupillaire ; mydriase à gauche. Temp. 38°2.

18 Avril. — L'inégalité pupillaire a disparu ; la gangrène de la tumeur s'étend ; odeur de putréfaction. Pas d'adénopathies. Temp. 37°8.

19 Avril. — Gangrène de 3 centim. Odeur infecte. Temp. 37°9.

20 Avril. — Gangrène plus étendue ; à chaque respiration s'échappe de l'air avec sifflement ; myosis.

23 Avril. — Grandes cratères au sommet de la tumeur.

24 Avril. — Collapsus qui conduit à la mort.

AUTOPSIE. — 26 avril (Institut pathologique du Dr Langerhans). A 5 centimètres de l'appendice xyphoïde existe une plaie large comme un thaller, sale, brun gris ; mal délimitée du côté de l'appendice xyphoïde et qui se continue avec l'ombilic. La peau qui l'entoure est brun sale.

Adhérence avec les organes profonds. En comprimant on vide par la plaie du sang avec des grumeaux.

En enlevant le sternum, les poumons s'affaissent ; il y a un peu de liquide dans les plèvres. Le cœur a la grosseur du poing ; les valvules sont intactes à droite ; le muscle cardiaque pâle, légèrement brun ; à gauche, les piliers de la mitrale sont en partie réunis les uns aux autres ; les valvules aortiques un peu épaissies.

Le poumon gauche est libre, très pigmenté ; un peu de sécrétion bronchique ; le poumon partout aéré est légèrement œdémateux. Le poumon droit présente le même aspect.

L'estomac est très dilaté, il en sort des masses floconneuses colorées en brun. La rate est grosse, rouge-grise.

Le rein gauche assez gros ; sa capsule s'enlève un peu difficilement ; quelques taches à sa surface. Le rein est pâle, les vaisseaux remplis de thrombus.

Le rein droit est comme le gauche ; en outre on y voit de nombreuses portions proéminentes grosses comme des lentilles, en amas. A la coupe on voit qu'il s'agit de lésions en foyer, qui vont de l'écorce à la substance médullaire en trainées minces.

Dans l'endroit où la peau de la plaie adhère avec les organes sous-jacents on trouve le côlon transverse, le pylore, le foie, la partie avoisinante de l'épiploon et du duodenum adhérent les uns aux autres. La muqueuse du côlon est rouge, fortement tuméfiée ; aspect diphthéroïde par places.

Le pylore est changé en un tissu de tumeur dure qui se montre formé à la surface de masses flottantes molles. Avec le doigt introduit à travers cette masse molle, on arrive dans la plaie abdominale. La tumeur a la grosseur d'un fort poing.

Le foie est assez petit et mou. Les glandes rétro-péritonéales sont gonflées et carcinomateuses ; elles se vident par la pression. La veine fémorale des deux côtés est obturée par d'an-

ciens thrombus. Les ganglions inguinaux sont très gonflés et durs.

OBSERVATION XXIII

Cancer de l'estomac ouvert à l'ombilic. — *Ch. Achard* (In Bull. et Mem. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris. 26 juillet 1895)

Un homme de 35 ans, fontainier, entre le 10 juin 1891 à l'hôpital Andral dans le service de M. Debove. Il se plaint de douleurs d'estomac, de troubles digestifs et d'affaiblissement progressif. Il porte à l'épigastre une tumeur qui siège à droite de la ligne médiane et descend jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur a le volume d'une orange, elle fait relief à la surface de l'abdomen, elle est indolente à la pression, non fluctuante, mate à la percussion et sa matité se confond avec celle du foie. Cette tumeur est apparue au mois de Mars. Quelque temps avant février, le malade avait été pris de diarrhée, et de fièvre atteignant, dit-il, 41°. Cette tumeur était un peu douloureuse au début ; depuis le malade ressent toujours une certaine sensibilité à son niveau et éprouve aussi des douleurs dans le dos. Un mois environ après l'apparition de la tumeur, il sentit que ses forces diminuaient graduellement. L'appétit se perdait, mais il n'y avait pas de dégoût pour les viandes. Les digestions étaient difficiles, des renvois survenaient fréquemment ; il n'y a de vomissements que depuis une quinzaine de jours et de la diarrhée depuis un mois. Pas de sang dans les vomissements ni dans les selles.

Le malade raconte qu'une ponction exploratrice a été faite dans la tumeur, il y a trois mois, en province, et n'a rien

ramené. La ponction est renouvelée quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le résultat est également négatif.

En présence de ce résultat négatif, en présence aussi de la cachexie manifeste, de l'existence d'adénopathies inguinales des deux côtés, on élimine le diagnostic de kyste hydatique du foie, et l'on s'arrête à celui de cancer abdominal, soit qu'il s'agisse d'un cancer massif du foie, soit qu'il s'agisse d'un cancer gastrique propagé au foie.

La cachexie fait des progrès rapides. Au commencement d'août un abcès se forme au-dessus de l'ombilic. On l'incise et il s'en écoule un pus très fétide ; par l'ouverture on voit des masses cancéreuses faisant saillie dans l'intérieur de l'abcès.

Le malade meurt le 8 août.

AUTOPSIE. — On trouve des lésions du péritoine au voisinage de l'abcès. Au-dessous de celui-ci existe une masse cancéreuse volumineuse qui soude le foie à l'estomac ; c'est-elle qui constituait la tumeur sentie pendant la vie. Elle a pour point de départ un cancer du pylore. Le foie contient quelques noyaux cancéreux.

OBSERVATION XXIV

Cancer de l'estomac. — Abcès de la paroi abdominale antérieure.

— Communication de l'estomac avec cet abcès par deux orifices. (Cette observation doit être publiée prochainement par MM. Thoinot et G. Brouardel).

Le nommé L... Joseph, blanchisseur, âgé de 69 ans, entre le 31 octobre 1895 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Charles, dans le service de M. le Professeur Proust, suppléé par M. Thoinot.

Cet homme ne présente rien de bien particulier comme antécédents héréditaires ; lui-même aurait eu une affection pulmonaire à l'âge de 4 ans, et depuis sa santé aurait toujours été excellente.

Il y a 4 mois, il fut pris de douleurs extrêmement violentes au niveau de l'estomac, douleurs occasionnées surtout par l'ingestion des aliments, mais persistant cependant continuellement. En même temps son appétit commençait à diminuer ; mais les digestions étaient régulières et il n'y avait ni vomissement ni diarrhée.

Il y a 3 mois survint un vomissement abondant à la suite d'un étourdissement, c'est à cette époque que le malade fut obligé de quitter son travail.

Trois semaines après survint un nouveau vomissement et le malade commença à maigrir. Il consulta alors un médecin qui lui ordonna le régime lacté et de la pepsine.

Après deux mois de ce traitement, comme il ne survenait aucune amélioration, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, il présente un aspect cachectique assez prononcé avec teinte jaune paille des téguments, cependant l'amaigrissement ne paraît pas encore très considérable.

Au niveau de la région épigastrique, immédiatement au dessous de l'appendice xyphoïde, mais se rapprochant un peu plus du rebord des fausses côtes gauches, siège une tumeur douloureuse, extrêmement dure, descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur s'engage sous le rebord des fausses côtes et sa matité se continue avec celle foie. Elle fait sur l'abdomen une saillie suffisante pour être appréciable à la vue.

Rien du côté des poumons ni du cœur. Rien dans l'urine. Ni diarrhée, ni constipation. Les jours suivants la tumeur augmente rapidement de volume et devient plus saillante. Les

vomissements réapparaissent le 7 novembre, ils ont lieu surtout le soir et sont très douloureux. A partir de ce moment le malade est pris aussi de diarrhée.

Le 45 novembre la tumeur fait sous la peau une saillie du volume d'une orange, elle est nettement fluctuante, douloureuse et la peau qui la recouvre est violacée et commence à prendre un aspect lisse.

Les jours suivants la tumeur prend de plus en plus l'aspect inflammatoire et la perforation semble imminente.

Le malade meurt le 18 novembre.

AUTOPSIE. — Le 19 novemb. En incisant la peau sur la ligne médiane, dès le premier coup de bistouri, on ouvre l'abcès et il s'écoule un pus verdâtre, bien lié, en pressant sur le pourtour de la tumeur on en fait sortir une assez grande quantité. Au fond de cette poche purulente à sa petite partie supérieure, on aperçoit un orifice de la dimension d'une pièce de un franc, il y a un deuxième orifice un peu plus petit que le précédent.

Les poumons sont normaux, le cœur légèrement gras.

L'estomac adhère intimement à la paroi abdominale, au diaphragme et au foie. Sur la petite courbure existe une masse néoplasique énorme. Des stylets introduits par les orifices signalés plus haut dans l'abcès pénètrent dans l'estomac au niveau de cette masse cancéreuse.

Sur la face supérieure du foie existait un noyau cancéreux du volume d'une amande.



CONCLUSIONS

1° La formation d'un abcès péri-ombilical et d'une fistule gastro-cutanée consécutive, est une complication rare du cancer de l'estomac.

2° Cet abcès siège généralement au-dessus de l'ombilic, dans la région épigastrique, et reconnaît pour cause un cancer de l'estomac situé le plus souvent au voisinage du pylore. Cette complication se rencontre surtout dans les formes molles du cancer stomacal.

3° Ce phlegmon est dû à une infection locale qui s'est faite au niveau de l'ulcération carcinomateuse. La perforation de l'estomac n'est pas nécessaire pour le développement de l'abcès : le plus souvent, au contraire, l'abcès se développe primitivement, et c'est secondairement seulement, que se fait la perforation de la paroi antérieure de l'estomac.

4° Les symptômes sont ceux de tous les phlegmons de la paroi abdominale antérieure, à marche subaiguë. L'écoulement des liquides alimentaires par la fistule, indique d'une façon évidente la communication avec l'estomac.

5° Cette complication hâte l'évolution naturelle du

cancer de l'estomac. Son apparition indique un dénouement fatal proche.

6° Le diagnostic en est en général facile. La péritonite tuberculeuse localisée avec abcès et fistule ombilicale, est la seule affection qui puisse vraiment prêter à confusion.

Vu :

Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- Achard.* — Cancer de l'estomac. — Fistule ombilicale. — Abscès cancéreux du foie, in médecine moderne 1894, page 1233.
— Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer gastrique. — Bulletins et Mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. — Juillet 1895, page 618.
- Auger.* — Cancer de l'estomac. Fistule gastro-cutanée. — Bulletins de la société anatomique 1873, page 707.
- Baluff.* — In Mediz correspond. Blatt des Wurtemberg Aertz Vereins, 4^{er} semestre 1854. — Analyse in Gazette médicale de Paris 1885, p. 281.
- Bard.* — Lyon médical 1884.
- Bernutz.* — Des phlegmons de la paroi abdominale antérieure. — Archives de médecine 1850.
- Brinton.* — Maladies de l'estomac. — Traduction par A. Riant, 1870, page 333
- Cameron.* — Cité par Murchison dans son mémoire.
- Coote.* — In Transact of the Pathol. Soc. of London, 1860. — Résumé dans mémoire de Feulard.
- Cruveilhier.* — Anatomie pathologique. Tome III, page 567.
- Derville.* — Cancer du foie et de l'estomac. — Abscès du foie. — Phlegmon épigastrique. — Fistule. — Bulletin de la société anatomique 1884.

- Dieulafoy.* — Diagnostic du cancer de l'estomac. — Semaine médicale 1888, n° 1, page 3.
- Dudon.* — Cancer de l'estomac. — Perforation de la paroi abdominale. — Communication de l'estomac avec le colon transverse. — Bordeaux médical, 7 février 1875, t. IV., n° 6, p. 41.
- Fèrel-Second.* — De la perforation de la paroi abdominale dans la péritonite. — Thèse Paris 1859.
- Feulard.* — Fistule ombilicale et cancer de l'estomac. — Archives de médecine 1887, page 158.
- Follin et Duplay.* — Traité de pathologie externe, t. V.
- Fraentzel.* — Magenkrebs mit Durchbruch nach aussen — (Cancer de l'estomac ouvert à l'extérieur). — Charité annalen 1887, p. 312. — Analysée dans la revue des sciences médicales 1888, page 344.
- Gauthier.* — Des Fistules gastro-cutanées. Thèse Paris, 1887.
- Guyon.* — Dictionnaire encyclopédique. Article abdomen.
- Hanot.* — Archives générales de médecine 1892. Vol. II, p. 257.
- Heurtaux.* — Mémoires de la société de chirurgie 1877.
- Lambl.* — Fistule stomacale. — Gazette médicale de Paris 1874, page 230.
- Leflaive.* — Fistule gastro-cutanée consécutive à un cancer de l'estomac. Bulletins de la société anatomique 1885, page 333.
- Lequelin de Lignerolles.* — Thèse de Paris 1868.
- Macé.* — Cancer de la portion pylorique de l'estomac. — Généralisation au foie, aux poumons, au mésentère. — Fistule ombilicale faisant communiquer le foyer cancéreux primitif et l'extérieur. — Bulletin de la société anatomique 1894, p. 309.
- Marduel.* — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article ombilic.
- Mathieu.* — Thèse de Lyon 1884.
- Mistowitz.* — Ueber die Perforation des magencarcinoms nach aussen. Inaug. Dissertat. Berlin 1889, page 43.

- Moulonguet et Jondeau.* — Cancer de l'estomac ouvert au niveau de l'ombilic. — In Bulletin de la société anatomique 1888, page 473.
- Monod.* — Fistule ombilicale, cancer latent de l'estomac. — Bulletins de la société anatomique 1877, page 88.
- Murchison.* — Medico-chirurg. Transactions 1858, tome 41, page 42 et suivantes. — Transact. of the Patholo. Society of London 1869. Résumé dans le mémoire de Feulard.
- Nicaise.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article ombilic.
- Petit.* — In Mémoires. Académie des sciences 1716, page 312, Résumé dans le mémoire de Feulard.
- Poisson.* — Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi abdominale. Thèse de Paris 1877.
- Poulet et Bousquet.* — Traité de Pathologie externe, tome III.
- Poichelot.* — Union médicale. — Leçon faite à l'Hôtel-Dieu. — Janvier 1888.
- Rokitansky.* — Path. anat. syd. soc. Eden. Vol. II, p. 33 et 43.
- Rodet.* — Cancer de l'estomac. — La communication au dehors par une ouverture à l'ombilic. — Mémoires et comptes-rendus de la société des sciences médicales de Lyon, tome III 1863-64, page 198.
- Sonyer-Dulac.* — In Lieutaud. Anat. medic. 1767. Vol. II, obs. 145, page 237 — (résumé dans le mémoire de Feulard).
- Stokes.* — In Lancet 28 Janvier et Archives de médecine, 28^e vol. page 264 (résumé dans le mémoire de Feulard).
- Tessier.* — Carcinome de la paroi antérieure de l'estomac. — Extension à l'épiploon et au péritoine pariétal. — Phlegmon consécutif. — Ouverture au niveau de l'ombilic. — Mort. — Autopsie. — In France médicale 1875, n^o 73, 11 sept. p. 585.

Trélat. — Leçon faite à l'hôpital Necker. — In Journal de médecine et chirurgie pratiques 1882.

Vallin. — De l'inflammation périombilicale dans la tuberculose du péritoine, in Archives de Médecine 1869.

Wenker. — In Haller. — Dispul chirurg. T. V, n° 125, page 30 (résumé dans le mémoire de Feulard).

